



รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561

คำนำ

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

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

กระทรวงสาธารณสุข

กันยายน 2560

สารบัญ

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
	คำนำ	ก
	สรุปภาพรวมตัวชี้วัด 80 ตัว	ข
1	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	1
2	อัตราการตายมารดาไทย	4
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	7
4	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	10
5	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	14
6	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	17
7	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	22
8	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	25
9	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	28
10	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	31
11	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	34
12	ร้อยละของ Healthy Ageing	39
13	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	44
14	ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	48
15	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	53
16	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	57
17	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	60
18	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	63
19	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	66
20	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	71
21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	78
22	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	82
23	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	88

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
24	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน	93
25	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	98
26	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	101
27	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	104
28	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	108
29	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	111
30	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	117
31	อัตราการตายทารกแรกเกิด	120
32	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	123
33	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	131
34	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	136
35	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	140
36	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	143
37	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) 37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	149
38	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	155
39	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	158
40	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	161
41	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	165
42	อัตราการตายจากมะเร็งปอด	167
43	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr	169
44	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	172

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
45	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	174
46	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (3 month remission rate)	177
47	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง	180
48	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	184
49	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	187
50	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	190
51	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	196
52	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	199
53	จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด	204
54	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	209
55	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	214
56	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	218
57	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	222
58	ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	225
59	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	229
60	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	236
61	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม	242
62	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ระบบการควบคุมภายใน	244
63	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	250
64	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	259
65	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	266
66	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	269

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
67	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	273
68	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	276
69	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)	279
70	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	282
71	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	285
72	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	288
73	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	303
74	ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด	308
75	ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น	312
76	ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	315
77	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	320
78	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	324
79	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	329
80	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	332
	ภาคผนวก ก (ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)	339
	ภาคผนวก ข (แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและรายงานตัวชี้วัด)	452

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สสป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																					
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																					
(4 โครงการ 12 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
1	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	1	1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	กรมการแพทย์					✓												
		2	2) อัตราส่วนการตายมารดาไทย	กรมอนามัย							✓										
		3	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	กรมอนามัย										✓							
		4	4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	กรมอนามัย										✓							
2	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	5	1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	กรมสุขภาพจิต					✓												
		6	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	กรมอนามัย									✓								
		7	3) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	กรมสุขภาพจิต					✓												
		8	4) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	กรมอนามัย										✓							
		9	5) อัตราการคลอสมิซิฟในหญิงอายุ 15-19 ปี	กรมอนามัย								✓									
3	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	10	1) ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	กรมอนามัย										✓							
4	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	11	1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย				✓													
		12	2) ร้อยละของ Healthy Ageing	กรมการแพทย์										✓							
แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ																					
(1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
5	*1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	13	1) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ	สปก./กองบริหารการสาธารณสุข/สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย	1	1									✓						

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค					
					PA ปลัด	PA สสป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (5 โครงการ 9 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
6	*1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	14	1) ร้อยละของจังหวัดที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักผู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	กรมควบคุมโรค		2	✓														
7	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	15	1) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	กรมควบคุมโรค							✓										
		16	2) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	กรมควบคุมโรค									✓								
8	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	17	1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	กรมควบคุมโรค							✓										
		18	2) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	กรมควบคุมโรค							✓										
		19	3) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	กรมควบคุมโรค									✓								
9	4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	20	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	คณะกรรมการอาหารและยา													✓				
10	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	21	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	คณะกรรมการอาหารและยา														✓			
		22	2) ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ								✓									
แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
11	*1.โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	23	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	กรมอนามัย/กรมควบคุมโรค		3						✓									

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สสป	Hard copy	Evaluation	Survey	electronic		Hard copy	Evaluation	Survey	electronic		Hard copy	Evaluation	Survey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
12	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	24	1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	กรมอนามัย/ กรมควบคุมโรค			✓														
2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																					
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)																					
(1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
13	*1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	25	1) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	สำนักปฐมภูมิและหมอครอบครัว	2	4		✓													
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																					
(17 โครงการ 24 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
14	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	26	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	กรมควบคุมโรค												✓					
		27	2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	กรมควบคุมโรค													✓				
		28	3) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	กรมการแพทย์													✓				
15	*2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	29	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	กองบริหารการสาธารณสุข/ อย./ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		5	✓														
16	3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	30	1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	กองบริหารการสาธารณสุข												✓					

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหลัก		ส่วนกลาง						ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค							
					PA ปลัด	PA สตป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalua tion	Sur vey	electronic				
										HDC	other				HDC	other				HDC	other			
17	4. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาทารก แรกเกิด	31	1) อัตราตายทารกแรกเกิด	กรมการแพทย์																				
18	5. โครงการพัฒนาระบบการ ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	32	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	กรมการแพทย์								✓												
19	6. โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์แผนไทย	33	1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก																				
20	7. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขา สุขภาพจิตและจิตเวช	34	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต								✓												
		35	2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	กรมสุขภาพจิต									✓											
21	8. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สตินรีเวช ศัลยกรรม อายุ รกรรม กุมารเวชกรรม และ ออโรโตปติกส์)	36	1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	กรมการแพทย์																				
		37	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะ กระดูกหักซ้ำ (Refracture) 37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	กรมการแพทย์																				
22	9. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	38	1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่ม เลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	กรมการแพทย์																				
		39	2) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	กรมการแพทย์																				
23	10. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขา	40	1) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายใน ระยะเวลาที่กำหนด	กรมการแพทย์																				

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561																					
โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค					
					PA ปลัด	PA สตป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
	โรคมะเร็ง	41	2) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	กรมการแพทย์																	
		42	3) อัตราตายจากมะเร็งปอด	กรมการแพทย์																	
24	11. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไต	43	1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	กรมการแพทย์																	
25	12. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาจักษุ วิทยา	44	1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการ ผ่าตัดภายใน 30 วัน	กรมการแพทย์																	
26	13. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูก ถ่ายอวัยวะ	45	1) อัตราส่วนของจำนวนผู้นิยมบริจจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	กรมการแพทย์																	
27	14. โครงการพัฒนาระบบ บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยา เสพติด	46	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลัง จำหน่าย (3 month remission rate)	กรมการแพทย์																	
28	15. โครงการพัฒนาระบบ บริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	47	1) ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะ กลาง	กรมการแพทย์																	
29	*16. โครงการพัฒนาระบบ บริการ one day surgery	48	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	กรมการแพทย์		6	✓														
30	17. โครงการพัฒนาระบบ บริการ Minimally Invasive Surgery	49	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	กรมการแพทย์			✓														
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
31	*1. โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินครบ วงจรและระบบการส่งต่อ	50	1) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	กรมการแพทย์		7															

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สดป	Hard copy	Evaluation	Survey	electronic		Hard copy	Evaluation	Survey	electronic		Hard copy	Evaluation	Survey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาโครงการเฉลิมเกียรติและพื้นที่เฉพาะ (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
32	*1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ	51	1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่	กรมควบคุมโรค	3	8															
33	2. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ	52	1) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กรมควบคุมโรค					✓												
แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
34	*1.โครงการพัฒนาการ ท้องเที่ยวเชิงสุขภาพและ การแพทย์	53	1) จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด	กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก		9															
3. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (3 โครงการ 6 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
35	1. โครงการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	54	1) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการ ผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	สถาบันพระบรม ราชชนก				✓													
		55	2) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	สถาบันพระบรม ราชชนก											✓						
36	*2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	56	1) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของการทำงาน (Happinometer) ไปใช้	กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน	4	10				✓											
		57	2) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	กองบริหาร ทรัพยากรบุคคล	5	11															
		58	3) ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน																	
37	3.โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ	59	1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ																	
4. แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (2 โครงการ 6 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
38	1.โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหาร ความเสี่ยง	60	1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA	ศูนย์ปราบปราม การทุจริต				✓													
		61	2) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุ วิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม	กองบริหารการ สาธารณสุข			✓														
		62	3) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การ ประเมินระบบการควบคุมภายใน	กลุ่มตรวจสอบ ภายในระดับ กระทรวง				✓													
39	*2. โครงการพัฒนาองค์กร คุณภาพ	63	1) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กพร.สป.		12		✓													
		64	2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	กองบริหารการ สาธารณสุข		13		✓													
		65	3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีด ดาว	สำนักปฐมนุญและ หมอครอบครัว/ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน		14					✓										

แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

(2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

40	1. โครงการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยี สุขภาพแห่งชาติ (NHIS)	66	1) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน															✓		
41	2. โครงการพัฒนาสุขภาพ ด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)	67	1) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถ แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ				✓													
		68	2) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ				✓													

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สสจ	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalua tion	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ 4 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
42	1. โครงการลดความเหลื่อม ล้ำของ 3 กองทุน	69	1) ใช้จ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบ หลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)	สสส.																	
		70	2) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกัน สุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภท และระดับการบริการ	กองเศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ																	
		71	3) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉิน																	
43	*2. โครงการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง	72	1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	กองเศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	6	15	✓														
แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 7 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
44	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/ นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์	73	1) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ ประโยชน์	สำนักวิชาการ สาธารณสุข			✓														
		74	2) ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อย ละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด	สำนักวิชาการ สาธารณสุข			✓														
		75	3) ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยา ต้นแบบเพิ่มขึ้น	คณะกรรมการ อาหารและยา									✓								
		76	4) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	คณะกรรมการ อาหารและยา			✓														

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค								
					PA ปลัด	PA สสป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic			
										HDC	other				HDC	other				HDC	other		
		77	5) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			✓																
		78	6) จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	กรมการแพทย์/กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				✓															
		79	7) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					✓														
แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																							
45	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้าน	80	1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	กองกฎหมาย			✓																
รวม 15 แผนงาน 45 โครงการ 80 ตัวชี้วัด							6	15	13	11	4	0	22	6	3	0	17	1	0	3	0	0	0

รวม 15 แผนงาน 45 โครงการ 80 ตัวชี้วัด

หมายเหตุ * คือ PA ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ตรวจราชการ ปี 2561

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน											
คำนิยาม	<p>การคลอดมาตรฐาน หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน 2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง 3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ 3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น 4. มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐาน 5. มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด <p>(รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	70	80	90	100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
70	80	90	100									
วัตถุประสงค์	มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยเฉพาะมารดาที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านสูติกรรมในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ทั่วประเทศ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข และกรมการแพทย์											
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน											

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไปของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไปของรัฐทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	70	-	70	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	80	-	80	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	90	-	90	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	100	-	100	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์(พ่วงไปกับการประเมินโรงพยาบาลสายใยรัก) สรุปผลการประเมิน คำนวณอัตราส่วนของสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน/สถานบริการสุขภาพของรัฐทั้งหมด 				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			NA	NA	NA

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ผศ.นพ. เกษม เสรีพรเจริญกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062988 โทรสาร : 02-3548084</p> <p>โรงพยาบาลราชวิถี</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม โทรศัพท์มือถือ : 081-6945405 E-mail : kasem_saeree@yahoo.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>2. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>กรมการแพทย์</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-355-4866, 081-8424148 E-mail : klangpol@yahoo.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวจิรภัทร์ เยียวยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062957 โทรสาร : 02-2062957</p> <p>โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-5918279</p> <p>กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 085-6971650 E-mail : coeplus.rajavithi@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย			
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และ/หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (ภ1หรือ CE) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัย ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดาต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน 			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

เอกสารสนับสนุน :

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- | | |
|--|--|
| <p>1. แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904435
โทรสาร : 02-5904427</p> <p>2. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425
โทรสาร : 02-5904427</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p> | <p>หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : pimolphantang@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : 086-8997380
E-mail : noi_55@hotmail.com</p> |
|--|--|

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางวรรณชนก ลิ้มจรัสญ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904438 โทรศัพท์มือถือ : 089-5465561 โทรสาร : 02-5904427 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย			
คำนิยาม	เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (สมวัยครั้งที่ 2)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ศูนย์อนามัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส ส่งกรมอนามัย 			
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านครบ 5 ด้าน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ 5 ด้าน			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+B)/C) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ไม่สะสม)			

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- คู่มือникส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล
- คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปีวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)
- คู่มือมีสนมแม่
- คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
- คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	N/A ข้อมูลระบบ HDC ยังไม่สมบูรณ์	90.6 (DSPM สดป. คัดกรองในเด็ก อายุ 9 18 30 42 เดือนและ รวมติดตาม)	96.5 (DSPM สดป. คัดกรองในเด็ก อายุ 9 18 30 42 เดือนและ รวมติดตาม)

หมายเหตุ : ข้อมูล ปี 58 เริ่มมีการใช้งานใน HDC เป็นข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กเฉพาะช่วงอายุ 42 เดือน และไม่ได้ติดตามพัฒนาการ

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ผู้กำกับตัวชี้วัด</p> <p>1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904049 โทรสาร :</p> <p>2. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5918166 โทรสาร :</p> <p>3. นางสาวสายพิน โชติวิเชียร โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5918104 โทรสาร :</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นางพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904426 โทรสาร : 02-5904427</p> <p>2. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5918104 โทรสาร : 02-5910557</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย 3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกิติมา พัวพัฒนกุล โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904405 โทรสาร :</p> <p>2. นางประภาพรณ จังพานิช โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904433 โทรสาร : 02-5904427</p> <p>กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SDของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง $+1.5$ SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี เต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี</p> <p>มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการ บูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพโภชนาการและน้ำ</p> <p>ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>1) <u>ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</u> ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพโภชนาการและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</p>

	<p>2) <u>จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงาน</u> โภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>3) <u>มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้</u> รายละเอียดในหนังสือแนวทางการดำเนินงาน ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	54	57	60	63
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี				
- เด็กชาย (เซนติเมตร)		-	-	113
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)			-	112

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 2. เพื่อให้มีการดำเนินงานโภชนาการแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก 3. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC 4. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการสตรีและเด็ก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2) การสำรวจทุก 3 ปี
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 7	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B2 / B1) \times 100$ 2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1 / B2) \times 100$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B3)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B4)$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63
วิธีการประเมินผล :	1. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน 2. มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.) 3. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย		
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary		

	Care Cluster : PCC) 4. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 5. infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 6. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
--	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดส่วน	46.3*	ร้อยละ	-	46.3	47.4
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 111**	เซนติเมตร	-	-	-
	หญิง=109**	เซนติเมตร	-	-	-

*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

**รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557-2558

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางณัฐวรรณ เขาวนลิติกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 2. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nutwan65@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 2. นางสาวณัฐนิช อินทร์ขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : nattanit.i@anamai.mail.go.th

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100											
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 60</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 70</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 80</td> <td>ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 80	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 80	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ปี 2560 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า ปี 2561 – 2563 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรม สุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้น ป.1 ทั่วประเทศ								
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)								
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2561 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60						
ปี 2562 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70						
ปี 2563 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80						
ปี 2564 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100						
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย								
เอกสารสนับสนุน :	- บทความพินิจวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555								

	- รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ค่าเฉลี่ยของระดับ สติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	98.23
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 โทรสาร : 02-2488903 E-mail : ampornbenja@yahoo.com 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัณฑ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัณฑ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข สุ่มสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน
รายการข้อมูล 9	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 10	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด สํารวจเพื่อเป็นข้อมูล พื้นฐาน (Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้ม ภาวะทุพโภชนาการโดย ภาพรวม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = $(A2/B1) \times 100$ 3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = $(A3/B1) \times 100$ 4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = $(A4/B1) \times 100$ 5. ความครอบคลุม = $(B1/B2) \times 100$ 6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = $(A5/B3)$ 7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = $(A6/B4)$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	68		68

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	70		70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	72		72

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	74		74

วิธีการประเมินผล :

- 1.จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้
 - 1.1 จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนและดำเนินการตามแผน
 - 1.2 จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)
 - รณรงค์ตีมนมจืด ปีละ 2 ครั้ง วันเด็กแห่งชาติและวันตีมนมโลก
 - ร่วมกับศูนย์อนามัยจัดกิจกรรมประกวดเมนูผักเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์
 - จัดมหกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุกเพื่อเด็กไทยสูงสมส่วนแข็งแรง IQ EQ ดี
 - 1.3 คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในระบบ service plan
 - 1.4 ผลักดันให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 3 แห่ง
 - 1.5 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุม คือ :
 - ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.
 - ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.
 - 1.6 รวบรวมสรุปและสรุปผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขตตามรายไตรมาส ได้แก่

- จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ
- จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ตีมนมจืดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก
- จำนวนนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ตีมนมจืดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก
- รายงานจำนวนเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ สถานบริการสาธารณสุข

2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้

2.1 รายงานงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส

2.2 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC
2. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)
3. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน
4. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น
5. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง
6. หนังสือเมนูผักกึ๊กน้อย 4 ภาค
7. แนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียน
8. สื่อสิ่งพิมพ์และวีดิทัศน์กิจกรรมทางกายสำหรับเด็กวัยเรียน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

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

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

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

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน		
	-	-	ร้อยละ 70		
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน		
	-	-	ร้อยละ 70		
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน		
	-	-	ร้อยละ 70		
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน		
	-	-	ร้อยละ 70		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า	ร้อยละ	79.9 (13 จังหวัด)	-	77.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์		ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305		โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945		
	โทรสาร : 02-2488903		E-mail: ampornbenja@yahoo.com		
	2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพบัก		นายแพทย์ชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390		โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981		
	โทรสาร : 02-6402034		E-mail : janarpar@gmail.com		
	กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรสาร : 02-6402034	นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

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

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)
15	30	45	56

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

สำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ)

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2561 ดังนี้

5 เดือนแรก (ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ

ร้อยละ เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับการทันตกรรม

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

5 เดือนหลัง (มีนาคม 2561 – กรกฎาคม 2561) ผลงาน

ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

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

เอกสารสนับสนุน :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ		
			ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
	กลุ่มอายุ 12 ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	50.6	50.5	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ทันตแพทย์หญิงกัญญา บุญธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904204 โทรศัพท์มือถือ : 081-8028978 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : kanya.b@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางอมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904215 โทรศัพท์มือถือ : 081-7012350 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : ammablue@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวณัฐมนันท์ ศรีทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904217 โทรศัพท์มือถือ : 087-4977907 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : dentdata@gmail.com</p> <p>2. นางสาวถิรวรรณ รานวล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904213 โทรศัพท์มือถือ : 087-9692995 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : namkajeab2012@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	9. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

เกณฑ์เป้าหมาย :

	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	40	38	36	34

วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$
ระยะเวลาประเมินผล	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับกองยุทธศาสตร์และแผนงานเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล/ทุก 1 ปี (ไตรมาส 4 : ติดตามผลทุกไตรมาส)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
40	40	40	40

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
38	38	38	38

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล : เป็นการวัด Impact ประชากรกลางปีของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ย้อนหลัง ปีละ 1 ครั้ง

เอกสารสนับสนุน : ฐานข้อมูลประชากรกลางปีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
อัตราการคลอดมีชีพ ในหญิง 15-19 ปี	อัตราต่อ จำนวน ประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน		47.9	44.8	42.5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรสาร : 02-5904163	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276 E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com
2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com
---	--

	<p>2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167 โทรสาร : 02-5904163 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 Email : poppysunko.j@gmail.com</p>
--	--	--

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

ปี 2562:

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

2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 57

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 58

วิธีการประเมินผล :

การตรวจราชการแต่ละจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

1. ไร้อ้วนลงพุง	7. ออกกำลังกายในคนอ้วน
2. พิชิตอ้วน พิชิตพุง	8. แนวทางการสร้างผู้นำสุขภาพ
3. ดูแลหุ่นสวยด้วยตนเอง	9. เดินขึ้นบันไดโอกาสทองของสุขภาพ
4. ขยับกับกิน	10. องค์ความรู้ ทฤษฎีการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ
5. กินผักชะลอวัย หุ่นสวยหน้าใส	11. ออกกำลังกายในวัยทำงาน
6. ประชุมได้ผล คนได้สุขภาพ	12. การเดินนี้ไซร์ ไม่ใช่ธรรมดา

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

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



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. แพทย์หญิงนภาพรธรณ วิริยะอุตสาหกุล ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904328 โทรศัพท์มือถือ : 081-4211411 โทรสาร : 02-5904339 E-mail : napavkul@gmail.com</p> <p>2. นายแพทย์อุดม อัสวุตมางกูร ผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรศัพท์มือถือ : 081-3776623 โทรสาร : 02-5904587 E-mail : udom.a@anamai.mail.go.th</p> <p>3. นางวสุนธรี เสรีสุชาติ นักโภชนาการชำนาญการ สำนักโภชนาการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ : 084-9162564 โทรสาร : 02-5904339 E-mail : wsarsanasuwan1960@gmail.com</p> <p>4. นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904413 โทรศัพท์มือถือ : 086-3323600 โทรสาร : 02-5904584 E-mail : supitcha.w@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงาน กรมอนามัย (ผ่านระบบ KISS)</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904413 โทรศัพท์มือถือ : 086-3323600 โทรสาร : 02-5904584 E-mail : supitcha.w@anamai.mail.go.th</p> <p>กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ</p> <p>2. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591 โทรสาร : 02-5904339 E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>

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

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ได้รับการบริการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาวตามศักยภาพของผู้สูงอายุ เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์</p> <p>3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือ ระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p> <p>2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p>								
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง /ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ</p> <p>3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ</p>								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561 : <table border="1" data-bbox="205 1762 1367 1886" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">รอบ 3 เดือน</td> <td style="text-align: center;">รอบ 6 เดือน</td> <td style="text-align: center;">รอบ 9 เดือน</td> <td style="text-align: center;">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 45</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 50</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 55</td> <td style="text-align: center;">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 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95

วิธีการประเมินผล :

- พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 - 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน
- ศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 - 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักงานผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน

เอกสารสนับสนุน :

- คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care
- คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ
- คู่มือแนวทางการประเมิน ADL
- คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager / Caregiver กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2557	2558	2559	2560
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	27 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	74.5 (หมายเหตุ : เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)	81.2 (หมายเหตุ : เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 4,469 ตำบล)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p><u>ผู้กำกับตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นายแพทย์วิชระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : drwachira99@gmail.com</p> <p>2. นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904072 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : attapon2008@gmail.com</p> <p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นายแพทย์กิตติ ลากสมบัติ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904503 โทรศัพท์มือถือ : 081-6829668 โทรสาร : 02-5904500 E-mail : kittilarp@yahoo.com</p> <p>2. นางวิมล บ้านพาน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904509 โทรศัพท์มือถือ : 097-2419729 โทรสาร : 02-5904500 E-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางรัชณี บุญเรืองศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5904504 โทรศัพท์มือถือ : 099-6165396 โทรสาร : E-mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและความร่วมมือระหว่างประเทศ</p> <p>2. นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904504 โทรศัพท์มือถือ : 081-4543563 โทรสาร : E-mail:orawanee.a@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>

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

	<p>2. Cognitive and functional capacities หมายถึง สมรรถภาพสมองและการทำงานของร่างกาย</p> <p>3. Diseases and complaints หมายถึง โรคและความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วเกิดผลกระทบในวงกว้าง และเป็นภาระ (Burden)</p> <p>4. Limitations and disability หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of daily living: ADL)</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย : ดำเนินการตามข้อ 1 – 5 ตามเกณฑ์ และองค์ประกอบต่อไปนี้

ข้อ	องค์ประกอบ	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ดำเนินการครบทุกประเด็น และยอดคัดกรองสะสม)	มีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	มีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	มีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	มีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ครอบคลุม 100 (สะสม)
2	อัตราของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 61	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 62	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 63
3	อัตราของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 61	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 62	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 63
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63
5	มีการดำเนินจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ (ระดับจังหวัด)	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ - รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย ร้อยละ 25	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย ร้อยละ 50	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย ร้อยละ 75

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ เพื่อมีข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ติดตามได้ แม่นยำ ถูกต้องตามหลักวิชาการ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ</p> <p>3. เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวัง คือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) ของประเทศในอนาคต</p>
---------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) (สสจ./ รพศ/ รพท/ รพช./ รพ.สต.)																																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	มีช่องทางการดำเนินการ หลากหลาย ดังนี้ 1. บันทึกข้อมูลในระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data 2. ระบบการคีย์ผลรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม ในรหัส special pp (สนย.) 3. ระบบรายงาน Health data center report (ข้อมูลสรุปจาก 43 แฟ้ม) 4. การจัดเก็บด้วยระบบ Manual (เก็บเป็นข้อมูลดิบ) 5. อื่นๆ ตามศักยภาพและความจำเป็นของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการ																																
แหล่งข้อมูล	จากการดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล 1-5 โดย 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. รพท. ศ/ รพช. 3. รพ.สต.																																
รายการข้อมูล 1	A = ระดับความสำเร็จ/การดำเนินการตามเกณฑ์																																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A																																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																																
<p>เกณฑ์การประเมิน : ดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย ข้อ 1 – 5 (ครบทุกข้อ)</p> <p>ปี 2561:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>ปี 2562:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>ปี 2563:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>ปี 2564:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
วิธีการประเมินผล :	<ul style="list-style-type: none"> - เขต/ สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย เพื่อแปลงสู่การปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างเหมาะสม - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบข้อมูลสรุปรวม (Summary data) ผ่านช่องทางระบบฐานข้อมูลของกระทรวงฯ ได้แก่ ระบบ 43 แฟ้ม, Health data center report ฯ 																																

	<p>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถตรวจสอบข้อมูลการคัดกรองและติดตามการดำเนินการได้ในภาพรวม (รายอำเภอ รายตำบล รายสถานพยาบาล) และหน่วยงานบริการ (รพศ/ท. รพ.ช และ รพ.สต.) ติดตามสถานะสุขภาพผู้สูงอายุรายคนได้โดยละเอียด ด้วยระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data ซึ่ง “ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data <u>เป็นซอฟต์แวร์ที่ช่วยประมวล/แปลผลค่าคะแนนดิบ/การตอบข้อคำถามของผู้สูงอายุ จากการดำเนินการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ</u>”</p> <p><u>โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาขึ้น โดยมีสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์</u></p> <p>(ข้อเท็จจริง: ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data ไม่ใช่ระบบที่ใช้สำหรับส่งรายงานภาพรวม ไม่ใช่โปรแกรมช่วยในการทำวิจัย ไม่ได้เป็นการให้พื้นที่บันทึกข้อมูลเพื่อตอบโจทย์ตัวชี้วัดหน่วยงานใดๆของกรม หรือมิได้เจตนาที่มุ่งแสวงหาประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพประชาชนใดๆทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้อง กรุณาสื่อสารวัตถุประสงค์โปรแกรมแก่บุคลากรในพื้นที่ให้ถูกต้องตามข้อเท็จจริงเพื่อประโยชน์ในการทำงานภาพรวมของบุคลากร ตลอดจนประโยชน์ของประชาชนเป็นหลักสำคัญ)</p>										
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข แบบฟอร์ม (One Page) Basic Geriatric Screening: BGS และ Geriatric Screening: GA) ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ 										
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ที่มา: ผลการตรวจราชการ พ.ศ. 2559)</p> <table border="1" data-bbox="470 1473 1465 1818"> <thead> <tr> <th>รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ</th> <th>ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง ADL</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)</th> <th>ร้อยละของผู้ สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรองโรคและ ปัญหาสำคัญ</th> <th>ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง Geriatric Syndromes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รวมทั้งประเทศ</td> <td>80.12</td> <td>6.55</td> <td>40.22</td> <td>26.87</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ด้วยการประเมิน MMSE) ร้อยละ 8.1 อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม ร้อยละ 16.9 	รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้ สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรองโรคและ ปัญหาสำคัญ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง Geriatric Syndromes	รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87
รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้ สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรองโรคและ ปัญหาสำคัญ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง Geriatric Syndromes							
รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87							

	<p>4. ร้อยละ 88.6 ของผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรฯ)</p> <p>5. มีการนำร่องดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ใน 28 แห่ง ของ 12 เขตสุขภาพ</p> <p>(ที่มา 2 -3 : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557)</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-0248487 โทรศัพท์มือถือ : 086-7760768 โทรสาร : Email : drprapun@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906255 โทรศัพท์มือถือ : 087-0904560 โทรสาร : Email : piyanut.igm@hotmail.com</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)										
แผนที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ										
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)										
ระดับการแสดงผล	กระทรวง										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ										
คำนิยาม	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป</p> <p>คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<p>- มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ทุกอำเภอ</p> <p>- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ 50</p> <table border="1" data-bbox="293 1816 1283 1933"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64								
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80								

หมายเหตุ :

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

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

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

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น	มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลัง ร้อยละ 50

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : พชอ.) 2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมชมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) ฉบับประเทศไทย
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		data		2558	2559	2560

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.กิตติ กรรภิรมย์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 5 ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : 090-1069466 โทรสาร : 02-5901802 E-mail : kittisny@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
--	---

	<p>2. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238</p> <p>โทรสาร : 02-5901239</p> <p>3. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238</p> <p>โทรสาร : 02-5901239</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536</p> <p>E-mail : yyt2508@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536</p> <p>E-mail : peed.pr@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637</p> <p>โทรสาร : 02-5901631</p> <p>2. นางสมสินี เกษมศิลป์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637</p> <p>โทรสาร : 02-5901631</p> <p>3. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238</p> <p>โทรสาร : 02-5901239</p> <p>4. นายทองดี มุ่งดี</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504</p> <p>โทรสาร : 02-5901501</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-8296454</p> <p>E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052</p> <p>E-mail : somnee@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-1316800</p> <p>E-mail : dhb.moph@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 094-2490555</p> <p>E-mail : mungdee@health.moph.go.th</p>

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

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$													
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4													
เกณฑ์การประเมิน :														
ปี 2561 - 2564 :														
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
	ชั้นตอนที่ 1	ชั้นตอนที่ 2 และ 3	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 5										
ปี 2561 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
				ร้อยละ 85										
ปี 2562 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
				ร้อยละ 90										
ปี 2563 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
				ร้อยละ 95										
ปี 2564 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
				ร้อยละ 100										
วิธีการประเมินผล :	<p>ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามชั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85) ชั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามชั้นตอนที่ 1 ได้ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามชั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้ ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามชั้นตอนที่ 4 ได้ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามชั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)</p> <p>ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามชั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85) ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามชั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90) ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามชั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95) ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามชั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)</p> <table border="1"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>				ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90										

ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตาม โครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรม หลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร	- หลักฐานรายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะ ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการ ฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุม โรค) อย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน
2	จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วน การกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	- รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการ ระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ
3	จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรค และภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อ ผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์ อย่างน้อยจังหวัดละ 3 คน และ ภาวะ ฉุกเฉินจังหวัดละ 4 คน)	- รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะปกติ ประจำเดือน/ปีงบประมาณ 2561 - รายชื่อการจัดทำทะเบียน SAT ภาวะฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2561 โดยชื่อไม่ซ้ำกับ SAT ภาวะปกติ - สามารถจัดทำ Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์ - สามารถจัดทำ Spot Report ได้ ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด - ผู้มีรายชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้ สถานการณ์อย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านการฝึกปฏิบัติ SA ตามเวร ประจำสัปดาห์ (ที่ กรมควบคุมโรค หรือ สคร.) หรือ ผ่านอบรมแนวทางการปฏิบัติงาน
4	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของ โรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	- มีรายงานการวิเคราะห์ระดับ ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัย สุขภาพระดับจังหวัด ตาม template ที่กรมควบคุมโรค กำหนด

	5	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 2559 2560			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ร้อยละ 85 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักสถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="914 1346 1102 1883">-</td> <td data-bbox="1102 1346 1276 1883">-</td> <td data-bbox="1276 1346 1487 1883">80</td> </tr> </table>	-	-	80
-	-	80				
	<ol style="list-style-type: none"> นางวัชรีย์ แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 นางสาวบวรวรรณ ดิเรกโกศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 น.ส.ธัญชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 		<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wacharr@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999 E-mail : borworn67@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com</p>			

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางวัชรี แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 2. น.ส.บวรวรรณ ดิเรกโศค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 3. น.ส.ธัญชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wacharr@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999 E-mail : borworn67@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	15. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก											
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สตรีประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ(SW)ทั้งหญิงและชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <p>2. บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันโดย โดยกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้รับบริการ ทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <p>1) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจากการใช้ยา : Harm reduction (สำหรับPWID)</p> <p>2) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น(สำหรับ MSM ,SW)และอุปกรณ์ฉีดยาที่ปลอดเชื้อ (สำหรับPWID)</p> <p>3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี ,STIและการรักษาด้วยสารทดแมน/ เมธาโดน (สำหรับPWID)</p> <p>4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดยมีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC(Unique Identifier Code) ทั้งนี้มีรูปแบบการจัด/ให้บริการ ดังนี้</p> <p>ก. การให้บริการป้องกันเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media) (4) มารับบริการเอง หรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ</p> <p>ข. กรณีที่เข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นจะไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ1) ข้อ3) และข้อ 4) เท่านั้น</p> <p>ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและ ภาคประชาสังคม</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 87</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 92</td> <td>ร้อยละ 94</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 87	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 87	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94									
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด ว่าสามารถทำให้กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันเอชไอวี และ STI เชิงรุกได้ครอบคลุมมากขึ้นเพียงใด											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) -สาวประเภทสอง (TG) -กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ซึ่งมีทั้งพนักงานบริการหญิง (FSW) และชาย (MSW) -กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูล เข้าสู่ระบบ RIHIS –RTCM online
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> -ข้อมูลการได้รับบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM จากสำนักโรคเอดส์ -ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากสำนักระบาดวิทยา / สำนักโรคเอดส์ (ศบ.จอ.) กรมควบคุมโรค
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในจังหวัด</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในจังหวัด หมายถึง ผลรวมจำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกของทุกกลุ่มประชากรหลักรวมกัน (จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/MSM +สาวประเภทสอง /TG + กลุ่มพนักงานบริการ/SW ทั้งหญิงและชาย + กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด /PWID)</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก* ที่คาดประมาณในพื้นที่</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก ให้รวมจำนวนคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักทุกกลุ่ม</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 87

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 90

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 92

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 94

วิธีการประเมินผล :

ประเมิน จากผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการฯ ว่าบรรลุตามเป้าหมายตามเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละปีหรือไม่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตามผลการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด โดยให้แต่ละจังหวัด รายงานผลการดำเนินงานจำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จำแนกรายกลุ่มประชากรด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2561 ดังนี้

ผลงานรายปี	ได้ 1	ได้ 2	ได้ 3	ได้ 4	ได้ 5
ปี 2561	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
ร้อยละ	57	67	77	87	>87

เอกสารสนับสนุน

- ข้อมูล จำนวนกลุ่มประชากรหลัก ที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RHIS-RTCM จำแนกรายกลุ่มประชากร
- ข้อมูล การคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก จำแนกรายกลุ่มประชากร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

หน่วยวัด	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละ		NA	41	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

- นพ. สมาน พุตระกูล
โทรศัพท์ที่ทำงาน :
โทรสาร :
ผู้อำนวยการ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail :
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- นพ. ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :
โทรสาร :
ผู้ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail :
กรมควบคุมโรค

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903828 โทรสาร : 02-9659153 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 E-mail : itimpornt@yahoo.com
---	--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	16. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี											
คำนิยาม	<p>การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้</p> <p>1) มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระ/ปัสสาวะในประชาชน 15 ปีขึ้นไป โดยต้องผ่านการคัดกรองด้วยวาจาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษาและติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย</p> <p>2) จัดการเรียนการสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ สร้างพฤติกรรมกินปลาน้ำจืดสุกด้วยความร้อน สร้างนวัตกรรมอาหารปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ กระทบการจัดการความรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อม</p> <p>3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลงของชุมชน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการสนับสนุน</p> <p>4) มีการสื่อสารสาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินงาน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80									
วัตถุประสงค์	<p>1) เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง 29 จังหวัด</p> <p>2) เพื่อสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้มีประสิทธิภาพในพื้นที่เสี่ยง</p>											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 283,265 ราย ในพื้นที่ 29 จังหวัดเสี่ยงสูง 613 ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 8 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ มุกดาหาร สกลนคร กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง แพร่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย และ สระแก้ว (เขตพื้นที่สุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ (Isan-cohort)				
แหล่งข้อมูล	1. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใช้ข้อมูลจากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ สคร. 1, 6, 7, 8, 9, 10 2. โปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ (Isan-cohort)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย (613 ตำบล)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามผลไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 5 (ของ 613 ตำบล = 31 ตำบล)	ร้อยละ 30 (ของ 613 ตำบล = 184 ตำบล)	ร้อยละ 55 (ของ 613 ตำบล = 338 ตำบล)	ร้อยละ 80 (ของ 613 ตำบล = 491 ตำบล)	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80	
วิธีการประเมินผล :	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
	≥ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	≤ร้อยละ 90
เอกสารสนับสนุน :					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของตำบลในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	-	-	84 ตำบล (76,000 ราย)	209 ตำบล (100,000 ราย)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์รุ่งเรือง กิจผาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903160 โทรสาร : 02-5918432</p> <p>2. นางอรนารถ วัฒนวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรสาร : 02-5918436</p> <p>3. นายอัมภัส วิเศษโมรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรสาร : 02-5918436</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>		<p>ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 081-9891978 E-mail : drrungrueng@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิโรคในถิ่นทุรกันดาร โทรศัพท์มือถือ : 081-8753568 E-mail : oranard.w@gmail.com</p> <p>กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 6, 7, 8, 9 และ 10				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ชื่อ-นามสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>		<p>ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>		

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	17. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี			
คำนิยาม	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้น ที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	≤ 4.5	≤ 4.0	≤ 3.5	≤ 3.0
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของ กระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. สถานบริการบันทึกข้อมูลการตายในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของ กระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≤ 135 คน	≤ 270 คน	≤ 405 คน	≤ 540 คน
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≤ 120 คน	≤ 240 คน	≤ 360 คน	≤ 480 คน

ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 105 คน		≤ 210 คน		≤ 315 คน			
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 420 คน		≤ 180 คน		≤ 270 คน			
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 90 คน		≤ 180 คน		≤ 270 คน			
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 360 คน		≤ 180 คน		≤ 270 คน			
วิธีการประเมินผล :		ส่วนกลาง ให้คะแนนโดยดูจากอัตราตายจากการจมน้ำในปี พ.ศ. 2561 ดังนี้					
		คะแนน	1	2	3	4	5
		อัตรา	>5.1 - 5.3	>4.9 - 5.1	>4.7 - 4.9	>4.5 - 4.7	≤4.5
เอกสารสนับสนุน :		1. สถานการณ์การป้องกันเด็กจมน้ำ 2. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน 3. สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเด็กจมน้ำ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ (www.thaincd.com)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.			
		5.9	อัตราต่อประชากรเด็กแสนคน	2558	2559	2560	
				6.1	5.9	รอข้อมูล	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางสาวชดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail : jew_suchada@hotmail.com 2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519 โทรสาร : E-mail : som_atat@yahoo.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางสาวชดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail: jew_suchada@hotmail.com					

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

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน											
คำนิยาม	<p>การบาดเจ็บทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากการบาดเจ็บจากรถทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ</p> <p>ลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือนหรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดหมายว่าเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เนื่องจากข้อมูล 3 ฐานยังไม่นิ่ง จึงขอปรับมาใช้ข้อมูลจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยขอตั้งเป้าหมาย 5 ปี ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="295 1541 1284 1709"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากการบาดเจ็บทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											

แหล่งข้อมูล	จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมจากข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบ (verify) กับหนังสือรับรองการตาย ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V01-V89) หมายเหตุ : ปี 2561 เดือนตุลาคม 60 – กันยายน 61
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ (อัตราต่อประชากรแสนคน)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จำนวนไม่เกิน 2,735 คน	จำนวนไม่เกิน 5,696 คน	จำนวนไม่เกิน 8,459 คน	ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร

การติดตามการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44)

ตัวชี้วัด	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 4 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 14.5 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 11 ต่อ แสนประชากร

วิธีการประเมินผล :

คำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูลเฉลี่ยปี 2553-2555

	โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2561 ดังนี้				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	17	16.75	16.5	16.25	16
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	21.86	จำนวน (อัตราต่อ ประชากรแสน คน)	11,567 ราย (17.81)	12,388 ราย (18.97)	6,637 ราย (10.10) (รอบ 6 เดือน)
	ค่ามัธยฐาน 3 ปี (ปี53-55)				
	ที่มา : ข้อมูลฐานมรณบัตรที่ยังไม่ผ่านการ verify กับหนังสือรับรองการตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com 2. นายแพทย์ไพฑูริ์ สิงห์คำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7990825 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : zalenxxx@gmail.com 3. นายปัญญา จันทร์พานิชย์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 084-6724678 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : khajohn_j@hotmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com 2. นางสาวชลธิชา คำสอ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-9243915 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : c.kamsor@gmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)								
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ								
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง								
คำนิยาม	<p>1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>1.1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>1.2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>2.1 กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต 120-139/80-89 mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>2.2 ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต \geq 140/90 mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ และรอการวินิจฉัยของแพทย์</p> <p>2.3 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม.หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว ภายใน 6 เดือน</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เบาหวาน</th> <th>ความดันโลหิตสูง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	2561	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10
ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง							
2561	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10							

	2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20
	2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30
	2564	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.16	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 2. เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา 2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและ สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัย ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน		

รายการข้อมูล 4	D = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40

หมายเหตุ : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

1. งดสูบบุหรี่ และดื่มวันบุหรี่ อย่างน้อย 6 เดือน
2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม² ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปี ด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)
3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 6 เดือน

* วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ

วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC
เอกสารสนับสนุน :	-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน	อัตรา	2.09	2.40	2.07	รอบ 9 เดือน (ข้อมูล HDC ณ 30 มิ.ย.60)
อัตราผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงและสงสัย ป่วยความดันโลหิตสูง	อัตรา	-	-	-	
ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973 2. แพทย์หญิงสุนีย์ วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964		ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445, 089-5155911 E-mail : dr.tum@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงสุนีย์ วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 2. นางเมตตา คำพิบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903963 3. นายกัณทพล ทับหุ่่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964		หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : mettakum@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kanthabhon@gmail.com		
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย											
คำนิยาม	<p>1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้</p> <p>2. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผักและผลไม้สดต้องพบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณไม่เกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>3. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว ได้แก่ นมโรงเรียน</p> <p>4. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง นมโรงเรียนต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 75	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 75	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70									
หมายเหตุ :	เกณฑ์เป้าหมายร้อยละในแต่ละปี จะมีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์อาหารในการวัด											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในประเทศ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการตามรายละเอียดเอกสาร KPI template ประเด็นย่อยที่ 1-2 โดยรายงานผลการดำเนินงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามช่องทางที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด											
แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : เขตบริการสุขภาพ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด											
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนของนมโรงเรียนที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนของนมโรงเรียนที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A/B)+(C+D))/2 \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (โดยติดตามผลการดำเนินงาน ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4)											

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561

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

<p>ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p>	<p>คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p>	<p>คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 	<p>ในจังหวัด</p>
---	--	--	------------------

ปี 2562

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

	<p>30 ของแผน และ รายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 	<p>อนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
--	--	---	--	---

ปี 2563

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

สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> • มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด • รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด • รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด • รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต • วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 	<ul style="list-style-type: none"> • รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต • ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
------	---	--	--	---

ปี 2564

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> • มีการแต่งตั้งคณะทำงาน CIPO Food Safety • มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน • ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผน • ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ • วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 	<ul style="list-style-type: none"> • ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ • สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ • ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

				<ul style="list-style-type: none"> แผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด

วิธีการประเมินผล :	การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 1-2				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560*
	1. อาหารสด		-	-	-
	1.1 ผักผลไม้สด	ร้อยละ			
	2. อาหารแปรรูป				
	2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.26	91.11	86.13
หมายเหตุ: * ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2560					

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> นายชาติชาย ตั่งทรงสุวรรณ (ประเด็นการดำเนินการทางกฎหมาย) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907216 โทรศัพท์มือถือ : 081-1746236 โทรสาร : 02-5918462 E-mail : chaitang@fda.moph.go.th นางสาวจุไรรัตน์ ถนนอมกิจ (ประเด็นผักและผลไม้สด) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907406 โทรศัพท์มือถือ : 084-1192288 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : lawdreamt@gmail.com นางสาวโชติณิภา เหล่าไพบูลย์ (ประเด็นนมโรงเรียน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907218 โทรศัพท์มือถือ : 081-0557988 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : fda.schoolmilk@gmail.com <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> นางสาวกนกเนตร รัตน์จันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com นางสาวรวรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-9255350 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> น.ส. กนกเนตร รัตน์จันท นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com น.ส. รวรลัญช์ พูลสวัสดิ์ นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-9255350 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	21. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับอนุญาต และที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>การตรวจสอบ หมายถึง การสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้นตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกฉิน หรือวิเคราะห์ซ้ำ</p> <p>หมายเหตุ : การรายงานผลการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แยกผลการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการและผลการทดสอบเบื้องต้นโดยชุดทดสอบเบื้องต้นให้ชัดเจนตามรูปแบบที่กำหนด</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	96	97	98	99
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทั่วประเทศ จำแนกเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดำเนินการโดยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำเข้าในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานทุกไตรมาส			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด			

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบโดยชุดทดสอบเบื้องต้นที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลจากชุดทดสอบเบื้องต้นทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+C)/(B+D)) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปี 2561 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
1 มีแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้ง ส่วนกลาง (อย.) และส่วนภูมิภาค (จังหวัด)	1. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 6 เดือน	1. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 9 เดือน	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
1.. มีแผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 2. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงจัดทำข้อเสนอในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน :	-		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่รวมส่วนภูมิภาค)	ร้อยละ	94.94	95.22	95.56
	- ยา		99.71	99.96	99.91
	- อาหาร		94.01	94.43	92.14
	- เครื่องสำอาง		97.67	96.55	98.56
	- เครื่องมือแพทย์		94.04	91.19	96.52
	- วัตถุอันตราย		97.40	90.24	92.86
	- วัตถุเสพติด		92.26	96.43	98.80
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมพร ขจรวุฒิเดช		เภสัชกรชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907280		โทรศัพท์มือถือ : 086-6378201		
	โทรสาร : 02-5907280		E-mail : spkj555@fda.moph.go.th		
	กองควบคุมเครื่องมือแพทย์				
	2. น.ส.บุญณดา หิรัญเจริญ		เภสัชกรชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907343		โทรศัพท์มือถือ : 081-4555452		
	โทรสาร : 02-5907772		E-mail : mooparn@fda.moph.go.th		
	กองควบคุมวัตถุเสพติด				
	3. น.ส. แหวดตา ประพัทธ์สร		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907273		โทรศัพท์มือถือ : 085-4852605		
	โทรสาร : 02-5918468		E-mail : veawta@fda.moph.go.th		
	กลุ่มควบคุมเครื่องสำอาง สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย				
	4. นางอรชฎา ธูปถมพงค์		เภสัชกรชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907385		โทรศัพท์มือถือ : 083-7712605		
	โทรสาร : 02-5918483		E-mail : artp@fda.moph.go.th		
กลุ่มควบคุมวัตถุอันตราย สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย					
5. นางอัจฉิมา สถาพรเจริญยั้ง		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907358		โทรศัพท์มือถือ : 086-6037214			
โทรสาร : 02-5918477		E-mail : udjima_sa@fda.moph.go.th			

	<p>6. นายวรารุช เสริมสินสิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรสาร : 02-5907341 สำนักยา</p> <p>7. น.ส. กนกเนตร รัตนจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรสาร : 02-5918460 สำนักอาหาร</p>	<p>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7961437 E-mail : varavoot@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 E-mail : planning.food@gmail.com</p>	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p><u>ส่วนภูมิภาค</u></p> <p>1. นายอาทิตย์ พันเดช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907383 โทรสาร : 02-5918484 กองส่งเสริมงานคุ้มครองฯ (คบ) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาส่วนกลาง</p> <p>1. น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรสาร : 02-5918457 กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ</p>		<p>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-7956951 E-mail : artypun@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p>

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

เกณฑ์เป้าหมาย :			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 70	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 75	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานพยาบาลเอกชน ทุกเดือน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บันทึกข้อมูลรายงานผลตัวชี้วัดผ่านทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งทางสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะจะส่ง Link ของแบบการรายงานผลตัวชี้วัดฯที่ Line สารวัตรออนไลน์ ทุกสิ้นเดือน โดยทางสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 ดำเนินการติดตาม การรายงานผลฯจากสสจ.ในภาพเขตและแจ้งผลตัวชี้วัดฯให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะทราบ เพื่อจัดทำเป็นรายงานผลการดำเนินงานทั่วประเทศ โดยส่งภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ แบบรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานผ่าน www.thaispa.go.th		
แหล่งข้อมูล	สถานพยาบาลเอกชน สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ข้อมูลทั่วประเทศ) และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับเขต) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ข้อมูลระดับจังหวัด) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 – 12 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคลินิกเอกชนรายใหม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด		

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนคลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอตั้งใหม่ทั้งหมด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 และได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(A/C) \times 100$ 2. ร้อยละของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(B/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : 1. สถานพยาบาลเอกชน : ทุกเดือน 2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ : ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90
สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมาย ร้อยละ 50	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมาย ร้อยละ 55	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90
สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 55	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90
สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 70	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 75

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90
สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 70	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 75	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

สถานพยาบาลเอกชน

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

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ประเมินผลจากแบบรายงานผลการดำเนินงาน ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งจัดทำรายงานผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน
- สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต รวบรวมรายงานจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดภายในเขตรับผิดชอบส่งกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุก 3 เดือน
- กลุ่มควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กองสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพจัดทำรายงานพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทุก 3 เดือน
- กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสนับสนุนบริการ สุขภาพเขตและกลุ่มควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประมวลผลการ ดำเนินงานภาพรวมส่งกลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทุก 3 เดือน

เอกสารสนับสนุน :	<u>สถานพยาบาลเอกชน</u> <ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 - คู่มือสำหรับประชาชน งานคลินิก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) <u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u> <ul style="list-style-type: none"> - คู่มือแนวทางการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 - หนังสือเอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปา 																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 60%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">2558</th> <th style="width: 20%;">2559</th> <th style="width: 20%;">2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สถานพยาบาล</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">87.30</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	สถานพยาบาล	ร้อยละ	-	-	-	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ	-	-	87.30			
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
		2558	2559	2560																		
สถานพยาบาล	ร้อยละ	-	-	-																		
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ	-	-	87.30																		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>สถานพยาบาลเอกชน</u> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410</p> <p>โทรสาร : 02-1495631</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-7662234</p> <p>E-mail : akom_p@hotmail.com</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>2. นางพรพิศ กาลนาน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415</p> <p>โทรสาร : 02-1495631</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-7319771</p> <p>E-mail : kanlanan@hotmail.com</p> </div> </div> <p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619</p> <p>โทรสาร :</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>โทรศัพท์มือถือ : 097-0986355</p> <p>E-mail: porntep.taro@gmail.com</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>2. นายชิติพัทธ์ ศรีงามเมือง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619</p> <p>โทรสาร :</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : chitipat@gmail.com</p> </div> </div> <p>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>																					

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

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital		
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้		
	ระดับพื้นฐาน		
	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		
	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		
	ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN		
	G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	
		3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอย อื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	
	R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	
	E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตาม มาตรการ ที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	
	E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ	
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ		
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน		

	9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
ระดับดี	
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
	12. มีการพัฒนาสู่มาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก	
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	- ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	- ร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 20 ของเดือน 3. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และส่งรายงานรายเดือน ให้กรมอนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) ผ่านระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติการ (DOC) กรมอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน 			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)			

รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A1+A2+A3)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป $((A2+A3)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป $(A3/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละ 1 ครั้ง

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 90	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 75	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 40

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- 1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล
- 2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนา
อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
- 3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital
2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล
3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ประเภท สถาน พยาบาล	จำนวน (แห่ง)	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ					
		การ จัดการ มูลฝอย ติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การ ดำเนิน กิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อย ละ	การดำเนิน กิจกรรม GREEN และ การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อย ละ
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 “โครงการ สาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็น มิตรกับสิ่งแวดล้อม”</p> <p>2. ข้อมูลไม่รวมการดำเนินงานของโรงพยาบาลกรมสังกัดวิชาการ กระทรวง สาธารณสุข</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. นางปรียานุช บุณณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904255 E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นายประโชติ กราบกราน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904128 E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นางสาวมลฤดี ศรีวิชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904255 E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางพรสุดา ศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904316 E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางณิรนุช อาภาจรุส หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904316 E-mail : a.neeranuch@gmail.com</p> <p>2. นางพรสุดา ศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904316 E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th</p> <p>3. นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904255 E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม			
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน			
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) 3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย 4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) 5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) 6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 70 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานและส่งให้ศูนย์อนามัย เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้กรมอนามัย ตามแบบฟอร์มการรายงาน พร้อมสำเนาแบบฟอร์มการรายงานรายจังหวัด เป็นรายไตรมาส 			

	3. หน่วยงานส่วนกลาง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส 4. การรายงานผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวง
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืนผ่านเกณฑ์ในแต่ละระดับ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ธค.60, มีค.61, มิย.61, กย.61)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u>

	ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ระดับดี (ประเมินโดยศอ. และ สคร.)	(ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)
--	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก (จังหวัด ประเมินตนเอง)	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดีมาก</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด) 2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด) 3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภาพรวมของประเทศ
---------------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 3. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุข และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 4. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 5. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) 7. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน 8. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่ 9. แนวทางการดำเนินการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 10. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล 11. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
-------------------------	--

	12. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13. คู่มืออบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ 14. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล 15. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital 16. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	ร้อยละ	-	-	60.53 (46 จังหวัด) ณ 25 กย.60
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>ประเด็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</u>				
	1. นางสาวพาสณา ชมกลิ่น		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 02-5904356		E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th		
	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย				
	<u>ประเด็นการสนับสนุนการดำเนินงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)</u>				
1. นางสาวชญาณี ศรีวรรณ		นักวิชาการสาธารณสุข			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219		โทรศัพท์มือถือ :			
โทรสาร :		E-mail : chayanee.s@anamai.mail.go.th			
ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย					
<u>ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย</u>					
1. นางสาวปานิสสา ศรีดีโรมนต์		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128		โทรศัพท์มือถือ : 091-8814733			
โทรสาร : 02-5904200		E-mail : panisa.s@anamai.mail.go.th			
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย					

	<p><u>ประเด็นการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)</u></p> <p>1. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904177 โทรศัพท์มือถือ : 080-4346888 โทรสาร : 02-5904186,88 E-mail : chailert.k@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</p> <p><u>ประเด็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities)</u></p> <p>1. นางปรียานูช บุระณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p> <p><u>ประเด็นมีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม</u></p> <p>1. นางสาวธิดา อุทะพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904393 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : env_med@googlegroups.com</p> <p>นางสาวณรรวดี ชินราช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904393 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : env-med@googlegroups.com</p> <p>สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กรมอนามัย (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข)</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวพาสณา ชมกลิ่น นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904356 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th</p> <p>กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
ระดับการแสดงผล	เขต และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	25. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)											
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลสุขภาพประมาณ 10,000 คน \pm 20%</p> <p>ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน รวมทีมให้บริการ 3 ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คนเภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2561 อาจเริ่มต้นที่ 50%)</p> <p>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 10 ปี</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม</td> <td>ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 100 (3,250 ทีม)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม	ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)	ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)	ร้อยละ 100 (3,250 ทีม)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม	ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)	ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)	ร้อยละ 100 (3,250 ทีม)									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน				
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการ การแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม 1,170 ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2561 จำนวน = 574 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2560 จำนวน 596 ทีม)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี 2564 = 3,250 ทีม)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	724 ทีม (สะสม)	788 ทีม (สะสม)	1,044 ทีม (สะสม)	1,170 ทีม (สะสม) 36 %	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				57 %	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				78 %	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100 %	
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	-	-	-	ตั้งเป้าไว้ 48ทีม และทำได้ตาม เป้าแล้วคิดเป็น 1.48 %	เปิด ดำเนินการได้ 596 ทีม คิด เป็น 18.34%

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. พญ.ดวงดาว ศรียากุล รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรศัพท์มือถือ : 081-5332724 โทรสาร : 02-5901501 E-mail : duangdao170@gmail.com</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 3 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901484 โทรศัพท์มือถือ : 089-8561767 โทรสาร : E-mail : boonchai65@gmail.com</p> <p>กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. พญ.ดวงดาว ศรียากุล นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรศัพท์มือถือ : 081-5332724 โทรสาร : 02-5901501 E-mail : duangdao170@gmail.com</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรศัพท์มือถือ : 081-7333082 โทรสาร : 02-5901501 E-mail : jchanphet@gmail.com</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

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

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	1. $(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	2. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 – 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ 40%
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ 50%

วิธีการประเมินผล :	1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2557 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 3. แนวทางการรักษาการรักษารโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558 4. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	25.24	28.82	20.21 รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	22.82	27.00	32.45 รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)	

หมายเหตุ : ข้อมูล จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>2. แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>3. แพทย์หญิงสุนนี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : dr.tum@hotmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408 E-mail : jurekong@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. แพทย์หญิงสุนนี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p>

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

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>(A/B) x 100</p>

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	≥ 82.5%
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	≥ 85%
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	≥ 87.5%
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	≥ 90%
วิธีการประเมินผล :	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขเทียบกับค่าเป้าหมาย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2561 ดังนี้			
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
	72.5	75	77.5	80
				5 คะแนน
				82.5
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยDM/HT โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Thai CV Risk Score) คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
				2560
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	-	77.89
				78.58
				(ข้อมูล ณ วันที่ 19 กันยายน 2559 จากการติดตามผลการดำเนินงานของ สคร 1-12)
				รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>3. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรสาร : 02-5903985</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445, 089-5155911 E-mail : dr.tum@hotmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408 E-mail : jurekong@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรสาร : 02-5903985</p> <p>2. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974 โทรสาร : 02-5903972</p> <p>3. นางนิตยา พันธุเวทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979 โทรสาร : 02-5903972</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 E-mail : ncdplan@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 E-mail : ncd0424.3@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงการตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็นการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) และการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (I63-I69)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลจากรายงาน ตค.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12 - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 			
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - รายงาน ตค.2 - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหออผู้ป่วย (I60-I69)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหออผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (I60-I69)			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตายจากทุกหออผู้ป่วย (I60-I62)			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหออผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (I60-I62)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. $(A/B) \times 100$</p> <p>2. $(C/D) \times 100$</p>			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4)			

เกณฑ์การประเมิน						
ปี 2561 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ 7			
ปี 2562 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ 7			
ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ 7			
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ 7			
วิธีการประเมินผล :	รายงาน ตก.2					
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
			พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
	8.3	ร้อยละอัตราตาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	17.1	9.9	8.3	9.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-8434502 โทรสาร : 02-3547072 E-mail: suchathanc@yahoo.com 2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-1149480 โทรสาร : 02-3547072 E-mail : j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์					

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-3547072 สถาบันประสาทวิทยา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-1149480 E-mail : j.bunthong@gmail.com
---	--	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)									
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)									
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล									
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ									
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	<p>29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)</p> <p>29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</p> <p>29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)</p>									
คำนิยาม	<p>29.1 RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU1 และ RDU2</p> <p>- RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>- RDU 2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <p>■ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <table border="1" data-bbox="477 1025 1476 1588"> <thead> <tr> <th>RDU 1 (รพ.)</th> <th>RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td> </tr> </tbody> </table> <p>■ RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <table border="1" data-bbox="477 1733 1476 2033"> <thead> <tr> <th>RDU 1</th> <th>RDU 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทาง </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยา </td> </tr> </tbody> </table>		RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)	<ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค 	RDU 1	RDU 2	<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทาง 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยา
RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)									
<ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค 									
RDU 1	RDU 2									
<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทาง 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยา 									

	<p>ช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด</p> <p>3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>	<p>ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>
--	--	---

■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

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

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

กิจกรรม AMR
<p>1 กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR</p> <p>โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เภสัชกร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมี</p>

	<p>ผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ</p> <p>2 การควบคุม กำกับ และดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, Third and fourth generation of cephalosporins, Fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น <i>Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid</i></p> <p>3 การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง และ (3) รายการเชื้อก่อโรค และความไวของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของตนยังสถาบันบําราศนราดรุร กรมควบคุมโรค</p> <p>4 การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ 4.1 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขตรับผิดชอบ 4.2 โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Salmonella spp., Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5 วิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 20%	RDU ชั้นที่ 2 80%	RDU ชั้นที่ 2 80% RDU ชั้นที่ 3 20%	RDU ชั้นที่ 3 80%
AMR: ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาล มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ			

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายระดับอำเภอ AMR : โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ 2
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ดำเนินกิจกรรม AMR ตามที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU : $(A/B) \times 100$ AMR: $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
RDU ชั้นที่ 1 60%	RDU ชั้นที่ 1 70%	RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 1 80%
RDU ชั้นที่ 2 5%	RDU ชั้นที่ 2 10%	RDU ชั้นที่ 2 15%	RDU ชั้นที่ 2 20%
		AMR: ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาลที่มีระบบ การจัดการ AMR อย่าง บูรณาการ	AMR: ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาลที่มีระบบ การจัดการ AMR อย่าง บูรณาการ

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				RDU ชั้นที่ 3 80%	
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ข้อมูลไตรมาส 3/2560	ร้อยละ	-	-	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ญญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และกิจกรรมข้อที่ 1-3 ของตัวชี้วัด AMR)</p> <p>2. นางวารารณีย์ เทียนทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980 โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com สถาบันบำราศนราดูร (กิจกรรมข้อที่ 4 ของตัวชี้วัด AMR)</p> <p>3. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 โทรสาร : 02-9511486 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (กิจกรรมข้อที่ 5 ของตัวชี้วัด AMR)</p> <p>4. นพ.ฐิติพงษ์ ยิ่งยง นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901795 โทรศัพท์มือถือ : 081-4543593 โทรสาร : 02-5901784 E-mail : thity_24@yahoo.com สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (กิจกรรมข้อที่ 6 ของตัวชี้วัด AMR)</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (RDU/AMR)				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. ภญ.ไพร่า บุญญะฤทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (RDU/AMR)
---	---

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

ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอน 1 - 3		ขั้นตอน 1 - 5		ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอน 1 - 3		ขั้นตอน 1 - 5		ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
วิธีการประเมินผล :		<p>ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p>ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p>ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต</p>				
เอกสารสนับสนุน :		-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
				-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		<p>1. นพ.สุพจน์ จิระราชวโร รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : 063-2358956 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : supodjira@yahoo.com</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : refermoph@hotmail.com</p> <p>4. นายพิทยา สร้อยสำโร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : refermoph@hotmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="477 327 938 488"> 1.นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : 02-5901631 </td> <td data-bbox="946 327 1490 488"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="477 499 938 660"> 2. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 </td> <td data-bbox="946 499 1490 660"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : refermoph@hotmail.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="477 672 938 833"> 3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 </td> <td data-bbox="946 672 1490 833"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com </td> </tr> </table> กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		1.นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com	2. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : refermoph@hotmail.com	3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com
1.นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com							
2. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : refermoph@hotmail.com							
3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com							

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	31. อัตราตายทารกแรกเกิด			
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอด รอดออกมา มีชีวิตจนถึง 28 วันในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	< 3.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.0 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 2.8 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 2.5 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ในระดับจังหวัดและระดับเขต (ตก.1, 2) ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	3.6	-	3.4

ปี 2562:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
-	3.2	-	3.0	
ปี 2563:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
-	3.0	-	2.8	
ปี 2564:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
-	2.6	-	2.5	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล 			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
	7	อัตราตายทารกแรกเกิดต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิตชีพ	5	3.94
			2560	3.52
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน serviceplan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 			

(ระดับส่วนกลาง)	<p>3. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะसारะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>กรมการแพทย์</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรสาร : 02-3548439</p> <p>สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะसारะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-5918279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>	<p>ผู้รับผิดชอบงาน serviceplanทารกแรกเกิด โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 E-mail : wiboonkan@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

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

	8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล
--	--

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

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(1) และ 4.2 (1) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(1) และ 5.2(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(2) และ 4.2(2) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(2) และ 5.2(2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(3) และ 4.2(3) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(3) และ 5.2(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(4) และ 4.2(4) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(4) และ 5.2(4)

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม 3. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (1) และ 4.2 (1)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (1) และ 5.2 (1)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (2) และ 4.2 (2)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (2) และ 5.2 (2)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (3) และ 4.2 (3)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (3) และ 5.2 (3)

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (4) และ 4.2 (4)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (4) และ 5.2 (4)

วิธีการประเมินผล :

ชั้นตอนที่ 1

1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care

- มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง

- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care

- มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

1.2โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาลมอบหมายให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลา

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care

1.3กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq ร้อยละ 50

1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

1.5โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี

2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S

มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

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

(1) ปี 2561 \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(2) ปี 2562 \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

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

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

2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S

มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจุذبำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

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

โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3

มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือ การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจุذبำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

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

ขั้นตอนที่ 3

- สำหรับปี 2560 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

- มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ

ประคับประคอง และมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล

- สำหรับปี 2561- 2564มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดำเนินการ ต่อไปนี้

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

มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง

- (1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล)
- (2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด)
- (3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ)
- (4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ

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

มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ

- (1) ปี 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 เป็นอย่างน้อย
- (2) ปี 2562 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด
- (3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ
- (4) ปี 2564 มีการจัดทำระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต

	<p>ขั้นตอนที่ 5 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี</p> <p>5.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</p> <p>มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)</p> <p>(1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>หมายเหตุ (1) - (4) คัดจากจำนวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2.2 (ตัวหาร)</p> <p>5.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</p> <p>มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking)</p> <p>(1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล (2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด (3) ปี 2563 มี (1) - (2) และ งานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ (4) ปี 2564 มี (1) - (3) และ มีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพหรือ ในกระทรวงสาธารณสุข หรือกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ 2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ 3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 (https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf) 4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2554 5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access April 2014)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อากาศ พัฒนเรืองไโล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918245 โทรสาร : 02-5918244 2. นางอำไพพร อังวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906282 โทรสาร : 02-5918264-5 3. นางสาวศิวาพร ส้งรวม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906146 โทรสาร : 02-5918244	ที่ปรึกษากรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9105216 E-mail : apattanaruenglai@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6685008 E-mail : ampaiporn.y@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-6093836 E-mail : keaksiwa@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 2. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906329 โทรสาร : 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-3554866 E-mail : klangpol@yahoo.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. คณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง ของเขตบริการสุขภาพ 2. นายแพทย์ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906047 โทรสาร : 02-5918279	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com			

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	33. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทักหม้อเกลือ - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝึกสมาธิบำบัด - ผิงเข็ม - การกดจุดบำบัด - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย <p>4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20 - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10 - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20 - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2. การรายงานจากจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	1. 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) 2. ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งที่มารับบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ทบทวนรูปแบบการบริการ (Service Package) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกระดับตาม Service Plan 2. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ 3. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์	1. พัฒนาโรงพยาบาลเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ 1.1 รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย 2 แห่ง (A-M1) 1.2 รพช. จังหวัดละอย่างน้อย 2 แห่ง (M2-F3) 2. พัฒนา รพ.สต. สู่มาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ -คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-F3)	ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 แบ่งเป็น - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10 - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข	อำเภอละอย่างน้อย 2 แห่ง	- คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน(A-F3) - คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-M1) - บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต.	- รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30
--	-------------------------	---	-----------------------------

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนาาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	17.51	17.15	19.75 (ณ 30 ก.ย. 60)

ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

ปี พ.ศ.	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ
2553	5.78
2554	11.92
2555	11.24
2556	14.05
2557	16.59
2558	17.51
2559	17.15
2560	19.75

ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505
โทรสาร : 02-1495647 E-mail : khwancha@health.moph.go.th

สถาบันการแพทย์แผนไทย
- นายแพทย์เทวัญ ธาณิรัตน์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495636 โทรศัพท์มือถือ : 081-8723270
โทรสาร : 02-1495636 E-mail : tewantha@gmail.com

กองการแพทย์ทางเลือก
- แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ไทย – จีน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326
โทรสาร : 02-1495677 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com

กองการแพทย์ทางเลือก
- นายสมศักดิ์ กริชชัย หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน
สนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653 โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683
โทรสาร : 02-1495653 E-mail : augus_organ@hotmail.com

กองวิชาการและแผนงาน
- นางศรีจรรยา โชติก หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791
โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kungfu55@gmail.com

กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>																
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="472 327 938 501"> <p>1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> </td> <td data-bbox="938 327 1479 501"> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="472 501 1479 546" style="text-align: center;">กองวิชาการและแผนงาน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 546 938 721"> <p>2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> </td> <td data-bbox="938 546 1479 721"> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="472 721 1479 766" style="text-align: center;">กองวิชาการและแผนงาน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 766 938 940"> <p>3. นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> </td> <td data-bbox="938 766 1479 940"> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394 E-mail : ckttmman414@hotmail.co.th</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="472 940 1479 985" style="text-align: center;">กองวิชาการและแผนงาน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 985 938 1160"> <p>4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218</p> </td> <td data-bbox="938 985 1479 1160"> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="472 1160 1479 1261" style="text-align: center;">กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</td> </tr> </table>	<p>1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p>	กองวิชาการและแผนงาน		<p>2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p>	กองวิชาการและแผนงาน		<p>3. นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p>	<p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394 E-mail : ckttmman414@hotmail.co.th</p>	กองวิชาการและแผนงาน		<p>4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p>	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	
<p>1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p>																
กองวิชาการและแผนงาน																	
<p>2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p>																
กองวิชาการและแผนงาน																	
<p>3. นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p>	<p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394 E-mail : ckttmman414@hotmail.co.th</p>																
กองวิชาการและแผนงาน																	
<p>4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p>																
กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร																	

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต											
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ (ในปีที่ต้องการวัด)</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ร้อยละ 55</td> <td>≥ร้อยละ 60</td> <td>≥ร้อยละ 65</td> <td>≥ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 70									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการปี (ในปีที่ต้องการวัด) จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข แล้วทำการรวมข้อมูลเข้ากับข้อมูลของปีงบประมาณ 2552- ปีก่อนปีที่ต้องการวัด (เช่น ต้องการวัดผลการเข้าถึงบริการปี 2560 ต้องนำข้อมูลปี 2560 รวมกับข้อมูลของปี 2552-2559) โดยประมวลผลเป็นรายหน่วย											

	<p>บริการ จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ www.thaidepression.com</p> <p>ข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ 1) วันที่เข้ารับบริการ 2) คำนำหน้า 3) ชื่อ 4) นามสกุล 5) เพศ 6) เลขที่บัตรประชาชน 7) วันเดือนปีเกิด 8) อำเภอ 9) จังหวัด 10) รหัสโรคซึมเศร้า 11) คะแนน 9Q 12) คะแนน 8Q ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีอยู่ในฐานข้อมูล 50 แฟ้มแล้ว)</p> <p>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดำเนินการได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทีมงานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน 2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail : depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์ 3. บันทึกทางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า www.thaidepression.com สำหรับหน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทาง Online <p>ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า จนกว่าหน่วยบริการในพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2</p> <p>คำอธิบายสูตร:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด) ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพต./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 ปีขึ้นไปของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥ ร้อยละ 55	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥ ร้อยละ 60	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥ ร้อยละ 65	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥ ร้อยละ 70	
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม โดยการรับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 - ปีที่ต้องการจะวัดในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ www.thaidepression.com				
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละ	36.76	44.14	48.50

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598</p> <p>2. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598</p> <p>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p>	<p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885 E-mail : pat-ukn@yahoo.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 E-mail : virgojinny12@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 E-mail : virgojinny12@gmail.com</p> <p>ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p>

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

เอกสารสนับสนุน :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.08	6.47	อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรสาร : 043-224722 E-mail : n_jumpathong@hotmail.com</p> <p>2. นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63136 โทรสาร : 043-224722</p> <p>3. นางอรพิน ยอดกลาง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรสาร : 043-224722</p> <p>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์</p>	<p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8052420</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 E-mail: jvkk_sakarin@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 E-mail : orapin545@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางอรพิน ยอดกลาง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรสาร : 043-224722</p> <p>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 E-mail : orapin545@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	36. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2561 และ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้</p> <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วย</p>

	ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด			
เกณฑ์เป้าหมาย : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis				
	ปีงบประมาณ 61 < ร้อยละ 30	ปีงบประมาณ 62 < ร้อยละ 28	ปีงบประมาณ 63 < ร้อยละ 26/50	ปีงบประมาณ 64 < ร้อยละ 24/48
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) หรือจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดิ้น			

รายการข้อมูล 3	C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น		
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+B+C) / D \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน : 1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 3. มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้ ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
- เกณฑ์การให้คะแนน:
ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้

คะแนน	1	2	3	4	5
	สูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด รายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20

เอกสารสนับสนุน :

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	35.40	34.79	32.03
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.พจน์ อินทลาภาพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลราชวิถี นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-6125891 E-mail : drpojin@yahoo.com</p> <p>2. นพ.กิตติชัย มูลวิริยกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-4217606 E-mail : kittii04@yahoo.com</p> <p>3. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลพิษณุโลก อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-5968535 E-mail : mr.sepsis@yahoo.com</p> <p>4. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลลำปาง อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036 E-mail : crisis27@gmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อัคระสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>				

	<p>2. นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347</p> <p>โทรสาร : 02-5918279</p> <p>กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499</p> <p>E-mail : eva634752@gmail.com</p>
--	--	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) 37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากถื่นตราบายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ถื่นตราบายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากถื่นตราบายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Capture the fracture โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture เป็นต้น</p> <p>การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน</p> <p>กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femoral neck fracture S72.000-.019 2. Intertroch S72.100-101, S72.110-111 3. Subtroch S72.20, 21 <p>กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้ง ส่วนต้น กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compression spine S22, S32 2. Distal radius S52 3. Ankle M80 4. Distal femur S72

	<p>5. Plateau S82</p> <p>6. Proximal humerus S42</p> <p>ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. THA 81.51 2. Partial hip replacement 81.52 3. Fixation 79.15, 79.35 4. open reduction femur 79.25 5. Close reduction 79.05 6. Fixation 78.55 <p>เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Capture the fracture ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)</p> <p>สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิชาญแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</p> <p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน(Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Capture the fracture</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อลดอัตราการตาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จากโรคกระดูกพรุน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหัก</p>
---------------------	--

	<p>แบบ Early surgery ภายใน 72 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ และการตายของประชากรกลุ่มนี้ของประเทศในอนาคต</p> <p>2. เพื่อสร้างทีม Capture the fracture ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุนเพื่อลดอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำทั้งนี้เพื่อให้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาที่รวดเร็วขึ้น (Early surgery) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดียิ่งขึ้น 2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคกระดูกพรุนอย่างเป็นระบบ (Treatment of osteoporosis) 3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment) 4. ผู้ป่วยได้ฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับภาวะโรค (Exercise programme) 5. ผู้ป่วยและญาติได้รับสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (Education programme) <p>และเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับใหม่</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด 2. โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC กระทรวง 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล/เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพ/โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายในหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Early surgery
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture = $(A/B) \times 100$</p> <p>37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) = $(C/D) \times 100$</p> <p>37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) = $(E/F) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	<p>1. Refracture < ร้อยละ 30</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>		<p>1. Refracture < ร้อยละ 30</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>3. จำนวนเขตสุขภาพที่มี การจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพ ทั้งหมด(รวม 13 เขต)</p>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	<p>1. Refracture < ร้อยละ 28</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>		<p>1. Refracture < ร้อยละ 28</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>3. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไป</p>

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	<p>1. Refracture < ร้อยละ 25</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>		<p>1. Refracture < ร้อยละ 25</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>3. ร้อยละ 30 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป</p>

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
	1. Refracture < ร้อยละ 20 2. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 20 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ เพื่อปรับมาตรการและกลยุทธ์				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Capture the fracture				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
	NA	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สมศักดิ์ ลีเซววงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539844 โทรสาร : 02-3539845 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออร์โธปิดิกส์ โทรศัพท์มือถือ : 089-1128899 E-mail : somsakortho@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-9659851 สำนักนิติเวชระบบการแพทย์กรมการแพทย์ 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบบ HDC)		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สมศักดิ์ ลีเซววงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539844 โทรสาร : 02-3539845 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-1128899 E-mail : somsakortho@gmail.com		

	<p>2. นพ.พัชรวิมล อัดตะสาระ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357</p> <p>โทรสาร : 02-9659851</p> <p>สำนักนิเวศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347</p> <p>โทรสาร : 02-591-8279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเวศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</p> <p>E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499</p> <p>E-mail : eva634752@gmail.com</p>
--	---	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้											
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>รพ.ในระดับ F2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 –90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2–5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ</p> <p>Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น</p> <p>กลวิธีดำเนินงาน</p> <p>ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ รพ.ในตั้งแต่ระดับ F2 ทุกแห่ง ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ มียาใช้ได้ตลอดเวลา และไม่เก็บไว้จนยาหมดอายุ</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100									
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จากทุกเขตบริการ											
แหล่งข้อมูล	จากทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = รพ.ระดับ F2 ในเขตที่และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ในเขตบริการนั้น											
รายการข้อมูล 2	B = รพ. ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4											

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2562:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2563:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2564:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
วิธีการประเมินผล :	<p>1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน</p> <p>2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) แก่ผู้ป่วยได้จริง และมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI (ในปีพ.ศ. 2561 ≥ ร้อยละ 50 , พ.ศ. 2562 ≥ ร้อยละ 60 พ.ศ. 2563 ≥ ร้อยละ 70, พ.ศ. 2564 ≥ ร้อยละ 80)</p> <p>4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน</p> <p>หมายเหตุ : ต้องมีข้อ 1-3 ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป</p>			
เอกสารสนับสนุน :	รายงานจากทุกเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	90.23	ร้อยละ	2558	2559
			75.93	100
			2560	94.75
	ที่มาข้อมูล : สำนักบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์			
	หมายเหตุ : ประเมินผลปี 2559 โดยเฉพาะมีแนวทางและมียาจะให้ สำหรับในปี 2560 ต้องมีข้อ 1-3 แต่ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมายของการให้ยาไว้			

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นพ.เกรียงไกร เสงรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรสาร : 02-5919972 E-mail : kk_hm2000@yahoo.com</p> <p>สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางกนกพร แจ่มสมบุรณ์ รองผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30903 โทรศัพท์มือถือ : 089-8131937 โทรสาร : 02-5470907 E-mail : j_kanokpon@hotmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร : 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>

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

ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	26		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	25		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	24		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ กองยุทธศาสตร์และแผนงานจากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	20.20	ต่อประชากรแสนคน	2558	2559	2560
			28.6	20.41	11.6 (4 เม.ย. 60)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.เกรียงไกร เสงร์ศรีมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรสาร : 02-5919972 E-mail : k_hm2000@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อັตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-591-8279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com</p>
--	---	--

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

	<p>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</p> <p>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</p> <p>หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>									
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 61</th> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 62</th> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 63</th> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85						
<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 85 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 85 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 85 									
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก</p>								
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา 								
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์</u> (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรค มะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยามโรคนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 <u>วันผ่าตัด</u> (Operation_date) เพื่อการรักษา 3.3 <u>วันที่ได้รับยาเคมีวันแรก</u>และ<u>วันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</u> 3.4 <u>วันที่ฉายแสงวันแรก</u>และ <u>วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</u> <p>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</p> 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา 								
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) 2 หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง 								

รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ 2. $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ 3. $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
80		80		80	
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
80		80		80	
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
80		80		80	
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
80		80		80	
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
80		80		80	
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
80		80		80	
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
85		85		85	
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
85		85		85	
วิธีการประเมินผล :	สำรวจและนิเทศติดตาม				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	75.66	78.83	78.99

	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
			เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	74.65
รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	68.54	60.40	74.55	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วีรุฒิ อิมสำราญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรสาร : 02-3547036 กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123 E-mail : armohmy@yahoo.com รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com		

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

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	25	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน จากข้อมูลเบื้องต้นตามทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	26.3 (2559)	ต่อประชากรแสนคน	2558	2559	2560
				26.3	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
	2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555 โทรสาร : 02-3547037 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ		รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823 E-mail : arkom70@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851		สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com		

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

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	19.6	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน จากข้อมูลเบื้องต้นตามทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	20.6 (2559)	ต่อประชากรแสนคน		20.6	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะसारะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
	2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555 โทรสาร : 02-3547037 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ		รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823 E-mail : arkom70@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
	2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะसारะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะसारะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m ² /yr											
คำนิยาม	<p>CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราการเสื่อมของไตต่างกัน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 67</td> <td>ร้อยละ 68</td> <td>ร้อยละ 69</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 67	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 66	ร้อยละ 67	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69									
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น <ol style="list-style-type: none"> 1. N183-184 หรือ 2. N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time											
แหล่งข้อมูล	HDC											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า											

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	ร้อยละ 68	ร้อยละ 68	ร้อยละ 68	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	ร้อยละ 69	ร้อยละ 69	ร้อยละ 69	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด				
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	(ระบบเก็บข้อมูลเริ่มปี 2558)	ร้อยละ	2557	2558	2559
			63.8	64.8	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลหาดใหญ่		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 E-mail : kcharoen007@hotmail.com		

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายไพบูลย์ ไวกย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : HDC กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.สกันต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลราชวิถี</p>	<p>นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com</p>

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

ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9เดือน	
ร้อยละ 85		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85	
รอบ 12เดือน		รอบ 9เดือน		รอบ 12เดือน	
ร้อยละ 85		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85	
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9เดือน	
		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85	
วิธีการประเมินผล :		ตามตารางท้าย KPI Template			
เอกสารสนับสนุน :		Vision2020thailand			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2558	2559
				2560	
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		ร้อยละ		NA	80.5
				NA	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-225818 ต่อ 7172 โทรศัพท์มือถือ : 061-4261532 โทรสาร : 034-225421 E-mail : warroph@gmail.com โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		โปรแกรม Vision2020			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์			

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

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	0.175 : 100	0.35 : 100	0.525 : 100	0.7 : 100	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	0.2 : 100	0.4 : 100	0.6 : 100	0.8 : 100	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	0.225 : 100	0.45 : 100	0.675 : 100	0.9 : 100	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	0.25 : 100	0.5 : 100	0.75 : 100	1.0 : 100	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลรายไตรมาส และ สรุปผลการประเมิน ณ สิ้นปีงบประมาณ				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ระบบเก็บข้อมูลเริ่มปี 2558	ร้อยละ	0.33	0.31	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สกานต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 E-mail : Primary05@hotmail.com		
	กองบริหารการสาธารณสุข				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.สกันต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com
---	---	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด			
ระดับการแสดงผล	หน่วยงาน และกระทรวง			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (3 month remission rate)			
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน หลังการจำหน่ายจากการบำบัดรักษา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติด ระบบสมัครใจที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนดจากหน่วยบริการ และได้รับการติดตามในระยะเวลา 3 เดือน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		90	90	90
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		90	90	90

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

หน่วยบริการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานะข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติดและสารเสพติด กองบริหารการสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน

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

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (3 month remission rate)	ร้อยละ	87.57	90.92	93.71

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นพ. อังกูร ภัทรากกร
โทรศัพท์ที่ทำงาน : นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
โทรสาร : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106
E-mail :

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์
- นพ. บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007
โทรสาร : 02-1495533
ผู้อำนวยการ
โทรศัพท์มือถือ : 089-6667553
E-mail : burinsura@hotmail.com

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

	<p>3. นพ.อักรพล คุรุศาสตร์ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740 กองบริหารการสาธารณสุข</p>	<p>รองผู้อำนวยการ โทรศัพทมือถือ : 081-5954450 E-mail : akraponmuk@gmail.ccom</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740 กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>2. นางระเบียบ โตแก้ว โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 โทรสาร : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพทมือถือ : 089-1050344 E-mail : acharawi@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพทมือถือ : 097-0314811 E-mail : rabiab_to@yahoo.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	47. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน**) ● เนื่องจากคำนิยามของการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้ความจำกัดความได้คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อนกับระบบบริการเดิมที่มีอยู่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการ บทเรียนจากต่างประเทศ และ best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเต็มช่องว่างที่ขาดและความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว ● กลุ่มเป้าหมายในระยะเริ่มต้นพัฒนา จึงเริ่มต้นจากกลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) ภาวะบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ทั้งบริบทด้านการบริหารจัดการและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถบรรเทาได้ด้วยแผนการดูแลและกิจกรรมในการดูแลระยะกลาง <p>* ตามมาตรฐานและหลักวิชาการทางการแพทย์หรือความเห็นของแพทย์</p> <p>** พิจารณาจากระยะเวลาที่เหมาะสมตามหลัก intensive rehabilitation, บทเรียนจากการพัฒนาในต่างประเทศและ best practice บางกล้า, หาดใหญ่, สระบุรี</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	<p>การดูแลระยะกลางมีจุดประสงค์เพื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์หรือ acute care settings 2)ฟื้นฟูสมรรถนะและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น intensive rehabilitation 3) ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม 4) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง (bed utility) ในระดับจังหวัดหรือเขต 5) เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วยและผู้ดูแล 6) เชื่อมโยงแผนการดูแลและการดูแลสู่การดูแลในชุมชนและที่บ้าน 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง 3) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่และต้องการการดูแลระยะกลาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มี BOR และมีความเสี่ยง re-admission สูง, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูแบบ intensive rehabilitation, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินแบบองค์รวมและฟื้นฟูสมรรถนะ, กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงาน			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไตรมาส 2 และ 4 (ปี 2561) 2. ไตรมาส 4 (ปี 2562 - 2564) 			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		ร้อยละ 5		ร้อยละ 10
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 20

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล : สสจ.จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน

เอกสารสนับสนุน : การถอดบทเรียนการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันในประเทศไทย, NIH, Intermediate Care System NHS UK, British Geriatrics Society, รายงานภาวะโรค IHPP 2556, HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์ธงชน เพิ่มภคศรี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-7751555
 โทรสาร : E-mail : thongtana.p@dms.mail.go.th

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

2. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญ
 รองผู้อำนวยการกองบริหารสาธารณสุข
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536
 โทรสาร : E-mail : Peed.pr@gmail.com

กองบริหารสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901642 โทรศัพท์มือถือ :
 โทรสาร : E-mail : kaonaina@gmail.com

กองบริหารการสาธารณสุข

2. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com

	3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com
--	---	--

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

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 15		ร้อยละ 15	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 20		ร้อยละ 20	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 25		ร้อยละ 25	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 30		ร้อยละ 30	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)				
เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือแนวทางการดำเนินงานOne Day Surgery (ODS) 2.คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ร้อยละ	2557	2558	2559
			NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายทวิ รัตนชูเอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548077 โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : thawee1958@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ 2. นพ.ทวิชัย วิษณุโยธิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000 โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148 โทรสาร 044-235388 E-mail : taweechai1@hotmail.com โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา				

	<p>3. นพ.วิบูลย์ ภันธบตีกรณ์ โทรศัทพ์ที่ทำงาน : 034-587800 โทรศัทพ์มือถือ : 081-9417746 โทรสาร : 034-511507 E-mail : wibunphantha@yahoo.com</p> <p>โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อັตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัทพ์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัทพ์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อັตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัทพ์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัทพ์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัทพ์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัทพ์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery			
ระดับการแสดงผล	เขต และ ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	49. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery			
คำนิยาม	Minimally Invasive Surgery (MIS) หมายถึง การผ่าตัดส่องกล้องตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค ดังนี้			
	Diagnosis (การวินิจฉัย)		Procedure (หัตถการรักษา)	
	Symptomatic gallstone /cholecystitis		Laparoscopic Cholecystectomy	
	Colorectal cancer		Laparoscopic Colectomy Laparoscopic anterior resection Laparoscopic abdominoperineal resection Laparoscopic TME	
	Lumbar disc herniation		Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy Surgery	
	ACL injury		Arthroscopic ACL Reconstruction	
	Myoma uteri		Laparoscopic Hyterectomy	
	Ovarian cyst		Laparoscopic Cystectomy	
	เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	10	15	20	25
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับการ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค Minimally Invasive Surgery			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ 13 เขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis)			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 10		ร้อยละ 10		
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 15		ร้อยละ 15		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 20		ร้อยละ 20		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 25		ร้อยละ 25		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ Minimal Invasive Surgery (MIS)				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการดำเนินงาน Minimally Invasive Surgery (MIS)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ราย	2557	2558	2559
			NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายทวี รัตนชูเอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548077 โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : thawee1958@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี 2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000 โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148 โทรสาร : 044-235388 E-mail : taweechai1@hotmail.com โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)											
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดการบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมี เป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยก เป็น Triage Level 1 และ 2</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ *โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8</p> <table border="1" data-bbox="304 1592 1291 1709"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 12*</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 8</td> <td>ร้อยละ 6</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 12*	ร้อยละ 10	ร้อยละ 8	ร้อยละ 6
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 12*	ร้อยละ 10	ร้อยละ 8	ร้อยละ 6									
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดการบริการและพัฒนา คุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการที่เท่าเทียม ทัวถึง ทันทเวลา ปลอดภัยและประทับใจ</p>											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F2 ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	HDC 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12

ปี 2561 :

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

			ระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 60	
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 10
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 8
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 6
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก 1.2 รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง 1.3 วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 1.4 Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ 1.5 วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ 1.6 นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 1.7 ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน <p>ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด 2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม <p>ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต 3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต 3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ 			

เอกสารสนับสนุน :	http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2558	2559
			ร้อยละ	N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</p> <p>3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี</p> <p>4. นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-6400614 โทรสาร : E-mail :</p> <p>โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>5. นพ.สัจจะ ชลิตาภรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 095-9254656 โทรสาร : E-mail : tsenjoyme@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี</p> <p>6. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 โทรสาร : E-mail : k.yothasamutr@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน</p>				

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

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

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

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพท์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : - ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพท์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561 - ติดตามตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 - 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 85
วิธีการประเมินผล	ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ แนวทางการประเมินผล 1. ระดับสำนักวัณโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในภาพรวมของประเทศ 2 ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่ 3 ระดับจังหวัด ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด เกณฑ์การให้คะแนน ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560)			

	คะแนน																							
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																			
	≤81	82	83	84	≥85																			
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานวัดโรคแห่งชาติ 2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัดโรครายบุคคล																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Baseline data</th> <th rowspan="3">หน่วยวัด</th> <th colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">2558</th> <th colspan="3">2559</th> </tr> <tr> <th>Cohort 1/59</th> <th>Cohort 2/59</th> <th>Cohort 3/59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัดโรคปอดรายใหม่</td> <td>ร้อยละ</td> <td>79.5</td> <td>80.3</td> <td>78.2</td> <td>76.7</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				2558	2559			Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59	อัตราความสำเร็จการรักษาวัดโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	79.5	80.3	78.2	76.7
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																						
		2558	2559																					
			Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59																			
อัตราความสำเร็จการรักษาวัดโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	79.5	80.3	78.2	76.7																			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. แพทย์หญิงผลีน กมลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>2. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 ต่อ 1211 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>4. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>สำนักวัดโรค กรมควบคุมโรค</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักวัดโรค โทรศัพท์มือถือ : 084-6056710 E-mail : phalin1@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645 E-mail : ssthaitb@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-9824196 E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com</p>																							
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวัดโรค กรมควบคุมโรค																							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>กรมควบคุมโรค</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com</p>																							

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่รัฐบาลได้กำหนดให้ตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษขึ้น รวม 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ตาก กาญจนบุรี สระแก้ว ตราด หนองคาย นครพนม มุกดาหาร สงขลา และ นราธิวาส (เป้าหมายในปี 2560-2561 ตามเอกสารแนบท้าย)</p> <p>2. การจัดการอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการโดยบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพทั้งแรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบประกันสังคมได้รับการจัดการบริการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีสุขภาพอนามัยดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การประเมินความเสี่ยง การสำรวจความเสี่ยง การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น</p> <p>3. การจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินจากสารเคมี/รังสี ได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การค้นหาและประเมินความเสี่ยง/สิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นต้น</p> <p>การจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีประเด็นเพิ่มเติมจากเกณฑ์การจัดการอาชีวอนามัย และเกณฑ์การจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมทั่วไป คือ เพิ่มการประเมินความเสี่ยงในสถานประกอบการที่ตั้งขึ้นใหม่ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ สารเคมีอันตราย และสารกัมมันตรังสี</p> <p>4. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนใน ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป</p>

<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2564 ร้อยละ 95 ของหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการจัดการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ ดังนี้</p>				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสามารถเข้าถึง และได้รับการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ 10 จังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่เป้าหมาย ประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเอง (ตามคู่มือที่ระบุในนิยาม) ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เป้าหมาย พร้อมผลการประเมินตนเองและแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (จัดแบบ Report_OHS สสจ.) แจ้งมายังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมส่งให้กับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนจัดเตรียมทีมตรวจประเมิน/สอบทวนการดำเนินงาน 4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับทีมตรวจประเมินระดับจังหวัด และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตรวจประเมินตามแนวทางของสำนักฯ และให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมิน 5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง (จัดแบบ Report_OHS_สคร.) 6) กรรมการรับรองผลประชุมเพื่อพิจารณารับรองผลโรงพยาบาล 7) สสจ.เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ตามแบบรายงานผลการดำเนินงาน (จัดเอกสารแนบท้าย) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลที่ สนย.จะเป็นผู้พัฒนาขึ้น 8) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สรุปผลภาพรวมของประเทศและรายงานให้ กยผ. 			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (10 จังหวัด), สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1,2,5,6,8,10,12 และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม			
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด (27 แห่ง)			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานไตรมาส 1, 2, 3, และ 4)		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 50
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีข้อมูลการประเมินตนเองของรพ. เป้าหมาย	มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 40	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 50 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 90
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 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
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

วิธีการประเมินผล : ตามแนวทางของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

เอกสารสนับสนุน :

- เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
- แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด		ร้อยละ	-	-	55.56

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางวีณา ภักดีสิริวิชัย
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380
 โทรสาร :
 กรมควบคุมโรค

รองผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
 โทรศัพท์มือถือ :
 E-mail : bhakdi2005@yahoo.com

	<p>2. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์</p> <p>ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดบริการ อาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3847935, 02-3940166 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : untimanon@gmail.com</p> <p>ศูนย์พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918173 โทรศัพท์มือถือ : 081-9893609 โทรสาร : 02-5904388 E-mail : cpadungt@gmail.com</p> <p>2. นางสาวอารีพิศ พรหมรัตน์</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2394 0166 โทรศัพท์มือถือ : 086-9495986 โทรสาร : 02-5904388 E-mail : k.arreepit@gmail.com</p> <p>สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>

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

	2. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย (9 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 12
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส) 2. การตรวจราชการและนิเทศงาน 3. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส) 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน 3. ข้อมูลการประเมินโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพ ที่มีผลดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 13 จังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

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

			<p>มาตรฐาน ร้อยละ 20</p> <p>4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15</p> <p>5. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 15</p>
<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด</p> <p>2. บุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสมุนไพร ได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง</p> <p>2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี</p> <p>2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)</p> <p>3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20</p> <p>4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15</p> <p>5. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10</p>

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
2. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564
3. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
จำนวนเขตสุขภาพที่มีจังหวัดเมืองสมุนไพร	เขตสุขภาพ/จังหวัด	-	-	4/4

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- | | |
|--|---|
| 1. นางสาวอัญชลี จุฑะพุทธิ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409
โทรสาร : 02-1495609
กองวิชาการและแผนงาน | ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน
โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900
E-mail : anchaleuan@gmail.com |
|--|---|

	<p>2. นายวัฒนศักดิ์ ศรีรุ่ง โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรสาร : 02-1495609 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>4. นางกรรณา ทศพล โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ โทรศัพย์มือถือ : 092-2461023 E-mail : wsornrung@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพย์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพย์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1.นางสาวศศิธร ใหญ่สฤติย์ โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>2.นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางสาวมุสซา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรสาร : 02-1495609 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-5910218 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพย์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพย์มือถือ : 095-4196394 E-mail : CKTTMMan414@hotmail.co.th</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพย์มือถือ : 064-3235939 E-mail : ppin1987@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพย์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukanya0210@gmail.com</p>

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

พนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

2) การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3) การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนาและร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4) การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

5) การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน ของเขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) โดยมีความ ครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของเขต ที่และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี)	1. .แผนความ ต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้อง กับแผนกำลังคนของ เขต) 2. แผนพัฒนา บุคลากร เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence	ระดับ 4 (9 เดือน)

	2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.ความร่วมมือระหว่างสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนและเขต สุขภาพ 2.การบูรณาการทรัพยากรในการใช้ (คน เงิน ของ) ร่วมกัน Stakeholder ในเขต สุขภาพ	มีการสร้างความ ร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ใน พื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 4 (9 เดือน)
	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 4 (9 เดือน)
	4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรร/การกระจาย/ กลุ่มเป้าหมายของบุคลากรอย่าง เหมาะสม(ทั้งด้านจำนวน และศักยภาพ) ให้มีความ สอดคล้องกับความต้องการของ เขต	มีจำนวนความ ต้องการ/การพัฒนา กำลังคนได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 4 (9 เดือน)
	5.การ ประเมินผล กระทบ ระบบการ บริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการ บริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการ บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและ พัฒนากำลังคน 2.การลดข้อร้องเรียนและ การ ต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิด ความเสียหายในระดับเขต/ ประเทศ	1.จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลง 2.จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตราการ ย้าย ลาออกลดลง	ระดับ 4 (9 เดือน)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพในการดำเนินงานในแต่ละ ละองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ทั้ง 5 องค์ประกอบ			

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/ การสำรวจจากเขตสุขภาพ การรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3)				
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ ที่ 1 - 4 ที่ระดับ คะแนน 3	8 เขต(ร้อยละ๗๐) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 4		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เขตสุขภาพมีการ บริหารจัดการระบบ การผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด	ระดับ ความ สำเร็จ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com		

	<p>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830 สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพที่มีือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกัลยา เนติประวัติน โทรศัพที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817 2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830 สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพที่มีือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพที่มีือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	55. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน</p> <p>ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาคของประเทศ ส่งผลต่อการบริการประชาชนที่ไม่ครอบคลุม ในขณะที่ประเทศกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ 20 ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็น</p> <p>ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การวางแผนอัตรากำลัง 1.2 พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร 1.3 บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก 1.4 การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร 1.5 การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร 1.6 การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 2. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด <p>บุคลากร หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข

	<p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานการเงิน และบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา เจ้าหน้าที่งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่งานธุรการ</p> <p>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="300 1249 550 1305">ปีงบประมาณ 61</th> <th data-bbox="550 1249 798 1305">ปีงบประมาณ 62</th> <th data-bbox="798 1249 1045 1305">ปีงบประมาณ 63</th> <th data-bbox="1045 1249 1292 1305">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 1305 550 1368">ร้อยละ 85</td> <td data-bbox="550 1305 798 1368">ร้อยละ 90</td> <td data-bbox="798 1305 1045 1368">ร้อยละ 95</td> <td data-bbox="1045 1305 1292 1368">ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100						
วัตถุประสงค์	ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ/เขตบริการสุขภาพ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน								
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ/สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์/กลุ่มบริหารงานบุคคล/สถาบันพระบรมราชชนก								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3								

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 85 ของเป้าหมาย	

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับเกณฑ์ และคำนวณตามสูตรที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน :

- 1.แผนผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ
- 2.รายงานผลการจัดสรร/พัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
77	ร้อยละ	50	50	60

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางกัลยา เนติประวัตินักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395
โทรสาร : E-mail : Catypakdee@gmail.com

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

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)											
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	56. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้											
คำนิยาม	<p>หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่</p> <p>ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้</p> <p>ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล</p> <p>ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร</p> <p>ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p> <p>ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90									
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ											
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ของ หน่วยงาน มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 4 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ของ หน่วยงาน มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 5 ขึ้นไป

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อย ละ 70

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อย ละร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :

สำรวจ

เอกสารสนับสนุน :

-

	<p>2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901421</p> <p>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นางธิดิภัทร คูหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384</p> <p>2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796 E-mail : sudjaich1@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 E-mail : spd.policy@gmail.com</p>
--	--	--

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

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมสร้างระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ด้วยกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผล
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สป.สธ. 2. ฐานข้อมูลอัตรากำลังของกรม
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการ	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข

ประสิทธิภาพ	คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	ดำเนินงานตามแผน	(Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 91
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 94
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ		
เอกสารสนับสนุน :	-		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2557 2558 2559
	-	ร้อยละ	- - -
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sansernx@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายพรชัย ปอสูงเนิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : hrmoph@gmail.com 2. นางสาวณัฐธยาน์กร เตชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901341 โทรศัพท์มือถือ : 081-7322812 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : pink1327@hotmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 085-3252098 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : p.khruaruan@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sudjaich1@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

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

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรสาธารณสุข (ทุกประเภทการจ้าง) 2. หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูล HROPS ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน 3. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไปของกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุขมีการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุขมีการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 70 ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการ สาธารณสุขมีบริการ บริหารจัดการข้อมูล บุคลากรด้านกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีบริการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 80 ของ จังหวัดที่มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการ สาธารณสุขมีบริการ บริหารจัดการข้อมูล บุคลากรด้านกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีบริการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีบริการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของ จังหวัดที่มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

วิธีการประเมินผล : วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS

เอกสารสนับสนุน : -

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2558	2559	2560
	ร้อยละของ อำเภอที่มี บุคลากร สาธารณสุข เพียงพอ	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสรรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรสาร : 02-5901421	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454 E-mail : sansernx@gmail.com
	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายพรชัย ปอสูงเนิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรสาร : 02-5901858	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862 E-mail : hrmoph@gmail.com
	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

	2. นางสาวณัฐยานันท์ เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901341 โทรศัพท์มือถือ : 081-7322812 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : pink1327@hotmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 085-3252098 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : p.khruaruan@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sudjaich1@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

	<p>4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>เขตสุขภาพที่ 1-12</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 3 (100%) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข - ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ปีงบประมาณ 2561 ตามสัดส่วนประชากร 60 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด <p>เขตสุขภาพที่ 13</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) - ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) - ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) <p>จากฐานข้อมูลของหน่วยงานดำเนินงาน อาทิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร <ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักอนามัย 2) ศูนย์บริการสาธารณสุข 3) สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ 2. สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 3. โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การขึ้นทะเบียน อสค. <p>เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาและขึ้นทะเบียน อสค. ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว</p> 2. การประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. <ol style="list-style-type: none"> 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. ตามความสมัครใจของแต่ละหน่วยงาน โดย อสค. แต่ละคนดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองตามแบบประเมิน แล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง (Self Assessment) ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร

	<p>2) ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลาง รวมถึงกรุงเทพมหานครสู่ประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัวลงในเว็บไซต์ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว</p> <p>หมายเหตุ : 1. ช่องทางการลงทะเบียน อสค. และบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. คือ</p> <p>1) ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th</p> <p>2) ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net</p> <p>2. หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลของกรุงเทพมหานคร คือ</p> <p>1) หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร</p> <ul style="list-style-type: none"> • กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย • สำนักการแพทย์ <p>2) สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p> <p>3) โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p>										
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. สถานบริการสุขภาพภาครัฐ</p> <p>3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>4. หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร</p> <p>1) สำนักอนามัย</p> <p>2) ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>3) สถานพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์</p> <p>5. สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p> <p>6. โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4										
เกณฑ์การประเมิน :											
ปี 2561 :											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน</td> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน</td> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน	-			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน	-								

	-	-	-	ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 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	
	-	-	-	ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด 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	-
	-	-	-	ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด 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	
				ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล :	การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ด้วยวิธีการ ดังนี้			

1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. หลังจากที อสค. ได้ประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร

2. การสุ่มประเมิน ตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่ระดับล่างสุดขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของจำนวน อสค. ทั้งหมด หรือโดยสูตรการคำนวณตามวิธีการทางสถิติอื่น) โดยสามารถบันทึกผลการประเมินในระบบฐานข้อมูลได้ที่เว็บไซต์ <http://fv.phc.hss.moph.go.th> หรือ www.thaiphc.net

ค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ บทบาท อสค. (60) : การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว (40)

ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน

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

คะแนนรวมทั้งหมดต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน :	<p>1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)</p> <p>2. หลักสูตร อสค.</p> <p>3. คู่มือ อสค.</p>
-------------------------	---

	<p>4. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว</p> <p>5. เว็บไซต์สำหรับขึ้นทะเบียน อสค. พิมพ์ประกาศนียบัตร และรายงานผลการดำเนินงาน อสค.</p> <p>1) http://fv.phc.hss.moph.go.th</p> <p>2) www.thaiphc.net</p> <p>6. www.อสค.com เว็บไซต์ฐานข้อมูล อสค. ด้านความรู้ ข่าวสาร และการประเมิน</p> <p>หมายเหตุ : 1. เอกสารข้อ 3. คู่มือ อสค. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค.</p> <p>2. สามารถดาวน์โหลดเอกสารทั้งหมดได้ที่เว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th หรือ เว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th</p>																
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วย วัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1" data-bbox="938 757 1495 1151"> <thead> <tr> <th></th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</td> <td>-</td> <td>50,000</td> <td>470,751</td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>91.16</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จากเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/ ณ วันที่ 22 สิงหาคม 2560</p>				2558	2559	2560	1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	-	50,000	470,751	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	-	91.16
	2558	2559	2560														
1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	-	50,000	470,751														
2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	-	91.16														
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com</p> <p>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>																

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

ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการ ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
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

วัตถุประสงค์

- ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ
- หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง จำแนกดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน
- โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน
- โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน

ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency

	Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน จัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบใน แต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง																																
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment																																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี)																																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน)																																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ ปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)																																
<p>เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 3 (5)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 3 (5)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2563 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 3 (5)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2564 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 3 (5)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	85	90	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	85	90	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	85	90	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	85	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ระดับ 3 (5)	80	85	90																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ระดับ 3 (5)	80	85	90																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ระดับ 3 (5)	80	85	90																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ระดับ 3 (5)	80	85	90																														

หมายเหตุ :														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)											
Small Success : ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ประเด็น การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น (EB 4- EB 6) ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11) ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 11) ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายนของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 11) ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายนของทุกปี											
วิธีการประเมินผล :	<p>หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน :</p> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)</p> <p>Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB4 – EB6 ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EB 4</td> <td>-</td> <td>EB 5</td> <td>-</td> <td>EB 6</td> </tr> </tbody> </table>				ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	EB 4	-	EB 5	-	EB 6
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
EB 4	-	EB 5	-	EB 6										

ระดับขั้นของความสำเเร็จ (Milestone) ดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

เอกสารสนับสนุน :

แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของหน่วยงาน ในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	98.82 ผ่าน 84 หน่วยงาน (85 หน่วย งาน)	94.12 ผ่าน 80 หน่วยงาน (85 หน่วย งาน)	84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ											
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง											
ระดับการแสดงผล	เขต กรม											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	61. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม											
คำนิยาม	<p>การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557</p> <p>เวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์</p> <p>ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อร่วมให้นำรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อราคาพร้อมที่ดำเนินการในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	20	25	30	30
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
20	25	30	30									
วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา มีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาของหน่วยงาน แยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สีบราคาร่วม/ราคาอ้างอิง และ สอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข/กองบริหารการสาธารณสุข)											
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม											
รายการข้อมูล 1	A = มูลค่าการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 2	B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4											

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		15		20	
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		20		25	
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		25		30	
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		25		30	
วิธีการประเมินผล :		เขตสุขภาพและกรม ดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย			
เอกสารสนับสนุน :		รายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2557	2558
		มูลค่าการจัดซื้อรวมฯ	ร้อยละ	20.44	20.98
				2559	24.99
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1.นางสาวพรพิมล จันทร์คุณภาส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901628		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-1933446 E-mail : pchankunapars@gmail.com	
		2. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com	
		กองบริหารการสาธารณสุข			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com	
		กองบริหารการสาธารณสุข			

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	62. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร และบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้</p> <p>1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ</p> <p>2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา</p> <p>3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น</p> <p>แนวคิดของการควบคุมภายใน</p> <p>1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติ การควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีไม่ผลสุดท้ายของการกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring)</p> <p>2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผล ด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น</p>

3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิผลเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมาย ระเบียบ และกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุดคือการใช้ทรัพยากรที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างกับต้นทุนที่เกิดขึ้น

ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน

“การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด”

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

มาตรฐานการควบคุมภายใน

มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

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

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

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ

- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคมของทุกปี โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปอ. 1) ในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการเจ้าหน้าที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทาน

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอเหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง

การติดตามประเมินผล หมายถึง กระบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม และทันเวลา

ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้

- พิจารณาวิธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
- กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
- สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
- ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ

การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (คตป.) ประจำกระทรวง / ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

	<ul style="list-style-type: none"> - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี 			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 8	ร้อยละ 12	ร้อยละ 16	ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน</p> <p>2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน กำหนด</p> <p>3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (9 กรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 แห่ง) และโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข (845 แห่ง)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการนิเทศงานโดยใช้การประเมินงานระบบการควบคุมภายใน พร้อมรอบการตรวจราชการและการเข้าตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน			
แหล่งข้อมูล	ลงพื้นที่นิเทศงานกลุ่มเป้าหมาย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (มกราคม 2560 - กันยายน 2564)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 8
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 12
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 16

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจ และทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล การควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	2
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย. 1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบ กำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวาง ระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุม ภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	3
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบ ทุกกระบวนการงาน	4
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายใน ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	5

เอกสารสนับสนุน :

หนังสือแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุม ภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พิมพ์ครั้งที่ 2 : ตุลาคม 2552

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้ มาตรฐานตามที่สำนักงานการ ตรวจเงินแผ่นดินกำหนด	ร้อยละ	1.11	1.11	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวเครือพันธุ์ บุกบุญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902341 โทรสาร : 02-5902337</p> <p>2. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-590-2337</p> <p>3. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337</p>	<p>นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856980 E-mail : boonboonboon05@gmail.com</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975 E-mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337</p> <p>2. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337</p>	<p>นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975 E-mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)												
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ												
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ												
ระดับการแสดงผล	กรม และ จังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ/ คุณภาพ	63. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข												
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตาม กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 สำนัก/กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะ สำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำ องค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การ ดำเนินการ โดยดำเนินการในปี 2561- 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด <table border="1" data-bbox="710 1451 1243 1794"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>หมวด 1,หมวด 5</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>หมวด 2,หมวด 4</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>หมวด 3,หมวด 6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนา องค์กร หมวดละ 1 แผน 4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 5. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร 	พ.ศ.	ภาคบังคับ	2561	หมวด 1,หมวด 5	2562	หมวด 2,หมวด 4	2563	หมวด 3,หมวด 6	2564	หมวด 1- 6	2565	หมวด 1- 6
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
2561	หมวด 1,หมวด 5												
2562	หมวด 2,หมวด 4												
2563	หมวด 3,หมวด 6												
2564	หมวด 1- 6												
2565	หมวด 1- 6												

	6. ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร /ผู้ตรวจประเมินภายนอก																		
เกณฑ์เป้าหมาย																			
1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง																			
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)																
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)																
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)																
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)																
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																			
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)																
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)																
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)																
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)																
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ																			
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 20)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 20)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 20)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 20)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td> </tr> </table>	ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)																
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)																
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)																
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)																
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546</p> <p>2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																		
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>																		

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$ 3. $(E/F) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)			
--	--	--	--

ปี 2564 :

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

ปี 2565 :

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

ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)			กำหนด (ร้อยละ 100)																
วิธีการประเมินผล :	ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																	
1		จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน <table border="1" data-bbox="687 439 1437 669"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.20 คะแนน</th> <th>0.40 คะแนน</th> <th>0.60 คะแนน</th> <th>0.80 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 คำถาม</td> <td>7 คำถาม</td> <td>9 คำถาม</td> <td>11 คำถาม</td> <td>13 คำถาม</td> </tr> </tbody> </table>			เกณฑ์การให้คะแนน					0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
เกณฑ์การให้คะแนน																			
0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน															
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม															
2		ประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน <table border="1" data-bbox="769 723 1362 1066"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561-2563</td> <td>1 หมวด</td> <td>2 หมวด</td> </tr> <tr> <td>2564-2565</td> <td>ไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>ครบ 6 หมวด</td> </tr> </tbody> </table>			พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	2561-2563	1 หมวด	2 หมวด	2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด				
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																		
	0.50 คะแนน	1 คะแนน																	
2561-2563	1 หมวด	2 หมวด																	
2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด																	
3		จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน <table border="1" data-bbox="764 1120 1367 1408"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561-2563</td> <td>มีแผน 1 หมวด</td> <td>มีแผน 2 หมวด</td> </tr> <tr> <td>2564-2565</td> <td>มีแผนไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>มีแผนครบ 6 หมวด</td> </tr> </tbody> </table>			พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	2561-2563	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด	2564-2565	มีแผนไม่ครบ 6 หมวด	มีแผนครบ 6 หมวด				
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																		
	0.50 คะแนน	1 คะแนน																	
2561-2563	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด																	
2564-2565	มีแผนไม่ครบ 6 หมวด	มีแผนครบ 6 หมวด																	
4		จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน <table border="1" data-bbox="764 1462 1367 1695"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561-2563</td> <td>1 หมวด</td> <td>2 หมวด</td> </tr> <tr> <td>2564-2565</td> <td>ไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>ครบ 6 หมวด</td> </tr> </tbody> </table>			พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	2561-2563	1 หมวด	2 หมวด	2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด				
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																		
	0.50 คะแนน	1 คะแนน																	
2561-2563	1 หมวด	2 หมวด																	
2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด																	
5		ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ) 1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง																	

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

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

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

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

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

	<p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <table border="1" data-bbox="687 192 1458 927"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>ร้อยละ 0</td> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>ร้อยละ 0</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2561</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2562-2565</p>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน					1	2	3	4	5	2561	ร้อยละ 0	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	2562	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	2563	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	2564	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																																									
	1	2	3	4	5																																					
2561	ร้อยละ 0	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20																																					
2562	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40																																					
2563	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60																																					
2564	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80																																					
2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100																																					
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/</p>																																									
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>ตัวชี้วัดใหม่</p> <table border="1" data-bbox="475 1335 1474 1738"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td> <td>ระดับ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-																												
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																						
		2558	2559	2560																																						
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-																																						
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052</p> <p>โทรสาร : 02-5901406 E-mail : oeysuwanna@gmail.com</p>																																									

	<p>2. น.ส.อังคณาจค์ หัวเมืองวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรสาร : 02-5901406</p> <p>3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901963 โทรสาร : 02-5901406</p> <p>4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาตพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901963 โทรสาร : 02-5901406</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 081-2558277 E-mail : lkung1038@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444 E-mail : a.deethongon@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954 E-mail : trekrittikas@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางภารวี แก้วพินนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018 โทรสาร : 02-5901406</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079 E-mail : Paravee.kpr@gmail.com</p>

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

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit		
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit		
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 780 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ปี 2561 : 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561)		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)

2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ร้อยละ 74.36 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)
--	--	--	---

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th
/สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 98.17 (161 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 73.85 (576 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 74.12 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)

	<p>เงื่อนไข :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง (ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน) 2. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ 3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 					
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง</p>					
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>			
			<p>2557</p>	<p>2558</p>	<p>2559</p>	<p>2560 (ไตรมาส 3)</p>
	<p>ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ศูนย์, โรงพยาบาล ทั่วไป,โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต)</p>	<p>แห่ง</p>	<p>ไม่มี ข้อมูล</p>	<p>ไม่มี ข้อมูล</p>	<p>ร้อยละ 96.36 (159 แห่งจาก 165 แห่ง)</p>	<p>ร้อยละ 97.58 (161 แห่ง จาก 165 แห่ง)</p>

	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560 (ไตรมาส 3)
	ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ชุมชนในสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข)	แห่ง	ร้อยละ 60.27 (446 จาก 740 แห่ง)	ร้อยละ 69.40 (515 จาก 742 แห่ง)	ร้อยละ 69.49 (542 จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 73.85 (576 จาก 780 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรสาร : รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : 2. แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรสาร : รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : 3. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com 4. นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : โทรศัพท์มือถือ : 089-4784332 E-mail : 5. นางสาวราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรสาร : โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 E-mail : 6. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรสาร : โทรศัพท์มือถือ : 095-6099869 E-mail : 					

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

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

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต

เอกสารสนับสนุน :

คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ - สกุล พญ.ณภัทร สิริศักดิ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ชื่อ - สกุล นางสาวหทัยรัตน์ คงสืบ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901378 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02 5902348 E-mail : strategic2.bps@gmail.com สถานที่ทำงาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>ชื่อ - สกุล พญ. มานิตา พรรณวดี ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901387 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)		
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)		
ระดับการแสดงผล	ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	66. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล		
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9). <p>2. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ปีงบประมาณ 64		
	1. ไม่น้อยกว่า 25 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 %
	2. ไม่น้อยกว่า 50 %	2. ไม่น้อยกว่า 65 %	2. ไม่น้อยกว่า 75 %
			2. ไม่น้อยกว่า 80 %
หมายเหตุ : 1. ต้องผ่านคุณภาพข้อมูลทั้งข้อ 1 และ ข้อ 2 ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
2. คุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ รอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง (ส่งผลการ Audit ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2561)			
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อพัฒนาคุณภาพ สาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอก) ในรพ.สต.</p>		
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สาเหตุการตาย : 76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)</p> <p>2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : รพ.สต.ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย 2. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของรพ.สต.ในโปรแกรมพื้นฐาน 3. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนและการให้รหัสโรคของผู้ป่วยนอก ในหน่วยบริการ รพ.สต.				
แหล่งข้อมูล	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. หน่วยบริการ รพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนรพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเวชระเบียน				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนรพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการให้รหัสโรค				
รายการข้อมูล 5	E = จำนวน รพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. สาเหตุการตาย : $(A/B) \times 100$ 2. ข้อมูลเวชระเบียน : $(C/E) \times 100$ 3. ข้อมูลการให้รหัสโรค : $(D/E) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน : สาเหตุการตาย					
	ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	2561		ไม่น้อยกว่า 25 %		ไม่น้อยกว่า 25 %
	2562		ไม่น้อยกว่า 30 %		ไม่น้อยกว่า 30 %
	2563		ไม่น้อยกว่า 35 %		ไม่น้อยกว่า 35 %
	2564		ไม่น้อยกว่า 40 %		ไม่น้อยกว่า 40 %
ข้อมูลเวชระเบียนและการให้รหัสโรค					
	ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	2561		ไม่น้อยกว่า 50 %		ไม่น้อยกว่า 50 %
	2562		ไม่น้อยกว่า 65 %		ไม่น้อยกว่า 65 %
	2563		ไม่น้อยกว่า 75 %		ไม่น้อยกว่า 75 %
	2564		ไม่น้อยกว่า 80 %		ไม่น้อยกว่า 80 %
วิธีการประเมินผล :	1. สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร)				

	2.ข้อมูลบริการสุขภาพ : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคตามคู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรคสำหรับ รพสต. พ.ศ. 2561				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย 2. คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรคสำหรับ รพสต. พ.ศ. 2561				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	1.สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill-define) ยกเว้น กรุงเทพมหานคร	ร้อยละ	-	8 จ.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 10.5	12 จ.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 15.8 (ข้อมูลรอบ 9 เดือน)
	2.คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการรหัสโรค 2.1 เวชระเบียน 2.2 การรหัสโรค	ร้อยละ	- -	- -	12.53 14.47 (ข้อมูลไตรมาส 2 ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2560)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ข้อมูลบริการสุขภาพ 1. นางมะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901492 โทรสาร : 02-9659816 หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : thcc.health@hotmail.com 2. นางเบญญาภา ศิริรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901497 โทรสาร : 02-9659816 รก.หัวหน้างานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : benyapa.s@moph.mail.go.th ข้อมูลสาเหตุการตาย 1. นายมณฑล บัวแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901491 โทรสาร : 02-5918627 หัวหน้างานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : monthon.b@moph.mail.go.th 2. นางสาววันวิสาข์ ขำมาก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรสาร : นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : aom_juice@hotmail.com กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายมณฑล บัวแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901497 โทรสาร : 02-5918627 2. นางเบญญาภา ศิริรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901497 โทรสาร : 02-9659816	หัวหน้างานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : monthon.b@moph.mail.go.th รก.หัวหน้างานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : benyapa.s@moph.mail.go.th กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	67. ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))											
คำนิยาม	Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบสุขภาพ ข้อมูลในการแลกเปลี่ยน หมายถึง ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ที่มีในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Records (PHRs)) กำหนด เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ เป็นต้น หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในประเทศไทย											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลสุขภาพของตนเอง 2. เพื่อให้แพทย์ใช้ข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยชุดเดียวกัน ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ส่งเสริมการบำบัดรักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง 3. เพื่อให้เกิดการบูรณาการความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัย บำบัดรักษา จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เกิดเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่แตกฉาน 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะ 5 ปี ได้แก่ รพศ./รพท./รพช. เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย 2. ระยะ 10 ปี ได้แก่ รพช./รพ.สต. และ รพ. สังกัด กรม ใน สธ. 3. ระยะ 20 ปี ได้แก่ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานในระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. 2. http://nrefer.moph.go.th 3. ระยะ 20 ปี : สืบค้นจากหน่วยบริการ 											
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สธ. หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. ที่เกี่ยวข้อง 2. ระยะ 20 ปี : คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกลางของประเทศ 											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (กำหนดเป้าหมายแต่ละปี)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม, สิงหาคม)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 : +/- 2					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 54		ร้อยละ 56		ร้อยละ 58	ร้อยละ 60
ปี 2562 : +/- 2					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 64		ร้อยละ 66		ร้อยละ 68	ร้อยละ 70
ปี 2563 : +/- 2					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 74		ร้อยละ 76		ร้อยละ 78	ร้อยละ 80
ปี 2564 : +/- 5					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 85		ร้อยละ 90		ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล :	1. ตรวจสอบข้อมูลจาก LogFile การเข้าใช้งาน Data Exchange 2. คำนวณจากรายงานใน http://nrefer.moph.go.th				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข 3. การจัดการระบบข้อมูล Refer ผ่านระบบ nRefer ของกระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	50	ร้อยละ	2558	2559	2560
			-	-	97.54
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนิกา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางรุ่งนิกา อมาตยคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรสาร : 02-5901215	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
---	--	--

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)										
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ										
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)										
ระดับการแสดงผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	68. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)										
คำนิยาม	<p>Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะมาจากแหล่งที่มาของข้อมูลในระบบสารสนเทศ (EHRs) ของสถานพยาบาลโดยตรง ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วยเอง หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย</p> <p>เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง หมายถึง ประชาชนมีสิทธิ์ในข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ 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 border="1"> <thead> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>			2561	2562	2563	2564	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
2561	2562	2563	2564								
ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20								
	<p>ขอบเขต : 1) จำนวนประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจาก รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป.สธ. ในระบบคลังข้อมูล HDC</p> <p>2) ตรวจสอบจากเลขประจำตัวประชาชน</p>										
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา เพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทัวถึง และเท่าเทียมผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ระยะ 5 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. ระยะ 10 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับใน สังกัด สป.สธ. และหน่วยบริการในสังกัดกรม ระยะ 20 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน 										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. ระบบ LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน ระยะ 20 ปี : สำรองประชาชนผู้เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาล 																																			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. และโรงพยาบาลสังกัดกรม ในสังกัด สธ. ระยะ 20 ปี : สำนักงานสถิติแห่งชาติ 																																			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้																																			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด																																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม และ สิงหาคม)																																			
เกณฑ์การประเมิน ปี 2561 : ** เฉพาะจังหวัดนำร่อง <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 2</td> <td>ร้อยละ 3</td> <td>ร้อยละ 4</td> <td>ร้อยละ 5</td> </tr> </table> ปี 2562 : ** เฉพาะจังหวัดนำร่อง <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 7</td> <td>ร้อยละ 8</td> <td>ร้อยละ 9</td> <td>ร้อยละ 10</td> </tr> </table> ปี 2563 : <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 12</td> <td>ร้อยละ 13</td> <td>ร้อยละ 14</td> <td>ร้อยละ 15</td> </tr> </table> ปี 2564 : <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 17</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 19</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 2	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 7	ร้อยละ 8	ร้อยละ 9	ร้อยละ 10	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 12	ร้อยละ 13	ร้อยละ 14	ร้อยละ 15	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 17	ร้อยละ 18	ร้อยละ 19	ร้อยละ 20
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																	
ร้อยละ 2	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5																																	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																	
ร้อยละ 7	ร้อยละ 8	ร้อยละ 9	ร้อยละ 10																																	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																	
ร้อยละ 12	ร้อยละ 13	ร้อยละ 14	ร้อยละ 15																																	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																	
ร้อยละ 17	ร้อยละ 18	ร้อยละ 19	ร้อยละ 20																																	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> สุ่มตรวจสอบจากการใช้บัตรประชาชน smart card ดูข้อมูลผ่านตู้ Kiosk ของ สรอ. จำนวนการสมัครใช้ Application ระบบ PHRs ของ สป.สธ. ตรวจสอบข้อมูลจาก LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน 																																			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานความปลอดภัยสารสนเทศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ISO27001 																																			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																	
	1	ร้อยละ	2558	2559	2560																															
			-	-	1																															

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวจรียา มอบนรินทร์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพที่ที่ทำงาน : 02-5901212 โทรศัพที่มือถือ : - โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th</p> <p>2. นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพที่ที่ทำงาน : 02-5902185 ต่อ 415 โทรศัพที่มือถือ : - โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพที่ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรศัพที่มือถือ : 087-0276663 โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

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

รายการข้อมูล 4	D = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ ที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $((A-D)/D) \times 100$ 2. $((B-D)/D) \times 100$ 3. $((C-D)/D) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลง จากปีก่อนหน้า	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลง จากปีก่อนหน้า	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลง จากปีก่อนหน้า	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลง จากปีก่อนหน้า	
วิธีการประเมินผล :	ค่าเฉลี่ยสูงสุด - ค่าเฉลี่ยต่ำสุด เทียบกับปีที่ผ่านมา				
เอกสารสนับสนุน :	SAFE				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกาญจนา ศิริโกมล		ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศและประเมิน ผลลัพธ์สุขภาพ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :		โทรศัพท์มือถือ : 084-4390152		
	โทรสาร : 02-1439741		E-mail : kanjana.s@nhso.go.th		

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

ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ติดตามและประเมินผล จากปี พ.ศ. 2561
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ติดตามและประเมินผล จากปี พ.ศ. 2562
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ติดตามและประเมินผล จากปี พ.ศ. 2563
วิธีการประเมินผล :	1. จัดเก็บข้อมูลitudinalของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก 2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับเป้าหมายในแต่ละปี			
เอกสารสนับสนุน :	หนังสือ SAFE			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ขณะนี้ยังไม่มี baseline data ต้องทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลปี 2557, 2558 และ 2559			
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	รองการวิจัย		2557	2558
				2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.วลัยพร พิษนอมมล นักวิจัยอาวุโส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902366 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5902385 E-mail : walaiporn@ihpp.thaigov.net สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ 1. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ			

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวชานีดา วิริยาทร ผู้ช่วยนักวิจัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902366 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5902385 E-mail : shaheda@ihpp.thaigov.net สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 1. ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

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

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561 : พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจากด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	
ปี 2562 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2563 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2564 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
วิธีการประเมินผล :	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	63,022	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง EMS	47,899	63,022	80,522
	476,281	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง ER visit	355,991	476,281	526,961
13.23	ร้อยละ	13.45	13.23	15.28	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางธณัฏฐิรา ธนาศิริธัชนันท์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 โทรสาร : 02-8721669 E-mail : thunjira.t@niems.go.th				

	<p>2. นางสินีนุช ไชยสิทธิ โทรศัพที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603 สถาบันการแพทยฉุคเงินแห่งชาติ</p>	<p>ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพที่มือถุ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th</p>
<p>หน่วงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันการแพทยฉุคเงินแห่งชาติ</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล้า โทรศัพที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603 2. นางสินีนุช ไชยสิทธิ โทรศัพที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603 สถาบันการแพทยฉุคเงินแห่งชาติ</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพที่มือถุ : 089-0361669 E-mail : Kamolthip.s@niems.go.th ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพที่มือถุ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																													
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																													
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																													
ระดับการแสดงผล	เขต																													
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน																													
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทดัชนีชี้วัด</th> <th>น้ำหนักความรุนแรง ของความเสียหาย (Risk Score)</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>1.1 $CR < 1.5$</td> <td>1</td> <td>$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.2 $QR < 1.0$</td> <td>1</td> <td>$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.3 $Cash < 0.8$</td> <td>1</td> <td>$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> </tr> <tr> <td>2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$</td> </tr> <tr> <td>3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน</td> </tr> </tbody> </table>			ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสียหาย (Risk Score)	คำอธิบาย	1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์	1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน	2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$	3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสียหาย (Risk Score)	คำอธิบาย																												
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์																												
1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน																												
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$																												
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน																												

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

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก	0	
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2	

การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2561

1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง

: บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ

: แผนงาน/กิจกรรม

: ผลผลิต/ผลลัพธ์

2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)

3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและ

รายงาน

มาตรการ

มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

มาตรการที่ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin

Management)

มาตรการที่ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient

Management)

มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting

Management)

มาตรการที่ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการ

คลัง (Network & Capacity Building)

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)	1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 1.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ 1.3 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ	1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)	2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ 2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน) 2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน(ไตรมาส)	2.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	3.1 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายจากการดำเนินงาน - ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ วิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR) - ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภท สิทธิ เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR)	3.1 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 ตัว (มากกว่า ระดับ B-) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

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

มาตรการที่ 1 :

การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)

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

มาตรการที่ 2 :

ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตาม	1. มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวง

	<p>กระทรวงกำหนด</p> <p>2. วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis)</p> <p>3. ตรวจสอบ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด</p>	<p>กำหนด</p> <p>2. ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis)</p> <p>3. ผลการตรวจสอบ อนุมัติ มีแผนการกำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด</p>
จังหวัด	<p>1. กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด</p> <p>2. ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด</p> <p>3. ตรวจสอบ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน</p>	<p>1. มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด</p> <p>2. มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการในจังหวัด</p> <p>3. ผลการตรวจสอบ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน</p>
หน่วยบริการ	<p>1. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของ เขต/ จังหวัด</p> <p>2. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>3. กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน รายเดือน (7 แผน)</p>	<p>1. หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p> <p>2. หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p>
<p>มาตรการที่ 3 :</p> <p>สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p>		
ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	<p>1. มีแนวทางการจัดซื้อร่วมระดับเขต</p> <p>2. มีแนวทางการบริหารจัดการ</p>	<p>1. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้</p> <p>2. มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการ</p>

	<p>ค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง</p> <p>3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการการกำกับ</p> <p>4.แผนประเมินประสิทธิภาพFAI (ไขว้จังหวัด)</p> <p>5.วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่</p>	<p>บริหารค่าตอบแทนระดับเขต</p> <p>3.การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ทุกรายไตรมาส</p> <p>4.ประเมินประสิทธิ (FAI) ทุกรายไตรมาส</p> <p>5.มีระบบเฝ้าระวังและแผนการตรวจเยี่ยม</p>
จังหวัด	<p>1.มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต</p> <p>2.การบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง</p> <p>3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการการกำกับ</p> <p>4.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)</p> <p>5.การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่</p>	<p>1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้</p> <p>2.ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ</p> <p>3.หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4.หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิ (FAI)</p> <p>5.แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่มีความเสี่ยง วิกฤติ</p>
หน่วยบริการ	<p>1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต</p> <p>2. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง</p> <p>3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)</p>	<p>1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้</p> <p>2.ใช้แนวทาง แนวทางหลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับหน่วยบริการ</p> <p>3.ได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4.ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ (FAI)</p>

มาตรการที่ 4 :

พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไป	1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน 2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วย

	<p>ตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p> <p>2. ควบคุม กำกับติดตามการส่งข้อมูล ทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>3. จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชี ของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p>	<p>บริการทุกแห่งในจังหวัด</p> <p>3. รายงานผลการตรวจสอบบัญชีของ หน่วยบริการ</p>
จังหวัด	<p>1. ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำ บัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไป ตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p> <p>2. ติดตามผลการประเมินคุณภาพ บัญชีของหน่วยบริการและนำมา พัฒนาให้ผ่านเกณฑ์</p> <p>3. ให้คำปรึกษา แนะนำการ ปฏิบัติงานด้านบัญชี</p>	<p>1. กำกับ ติดตามการส่งรายงาน ทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทุกเดือน</p> <p>2. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่าน เกณฑ์การประเมินรายเดือน</p>
หน่วย บริการ	<p>1. จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ส่งรายงานข้อมูลงบทดลองให้ เป็นตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>3. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับ การตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบ ภายในและภายนอก</p>	<p>1. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชี ที่มีคุณภาพรายเดือน</p> <p>2. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดย ผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง</p>

มาตรการที่ 5 :

พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	<p>1. แผนการประชุม CFO เขต</p> <p>2. แผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง</p>	<p>1. มีการประชุม CFO เขต รายไตรมาส</p> <p>2. มีแผนการอบรมผู้บริหารด้าน</p>

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

การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin

ระดับ	การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin
เขต	<p>1.เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>2.เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการมีให้ มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตาม แนวทางในข้อ 1 และ การอนุมัติ</p> <p>3.เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับ ใ้เฝ้าระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต</p> <p>4.เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทาง วิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin</p>

ระดับ	การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin
จังหวัด	<p>1.จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคุมกับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และมีระบบรายงานเขต</p> <p>2.จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตารางPlanFin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี EBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า 20% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรองน้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้ป็นระดับ 7</p> <p>3.จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มีกระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงาน ลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง</p> <p>4.จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงินตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และมีระบบรายงานเขต</p>
หน่วยบริการ	<p>1.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด</p> <p>2.บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>3.กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน (ทั้ง 7 แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>3.1 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>3.2 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p>

เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงาน การบริหารจัดการการเงินการคลัง

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

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
6	4	2	0

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์					
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
	หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส <u>1/57</u>	ไตรมาส <u>1/58</u>	ไตรมาส <u>1/59</u>	ไตรมาส <u>1/60</u>
			ร้อยละ 11.58	ร้อยละ 6.31	ร้อยละ 8.71	ร้อยละ 0.56
			ไตรมาส <u>2/57</u>	ไตรมาส <u>2/58</u>	ไตรมาส <u>2/59</u>	ไตรมาส <u>2/60</u>
			ร้อยละ 12.13	ร้อยละ 5.76	ร้อยละ 5.04	ร้อยละ 0.56
			ไตรมาส <u>3/57</u>	ไตรมาส <u>3/58</u>	ไตรมาส <u>3/59</u>	ไตรมาส <u>3/60</u>
			ร้อยละ 12.91	ร้อยละ 12.19	ร้อยละ 9.83	ร้อยละ 3.23
			ไตรมาส <u>4/57</u>	ไตรมาส <u>4/58</u>	ไตรมาส <u>4/59</u>	
			ร้อยละ 9.18	ร้อยละ 15.65	ร้อยละ 13.60	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก ผู้อำนวยการกองเวชระเบียนและ หลักฐานสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901553 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : pitalpolb@hotmail.com</p> <p>2. นพ.ชุมพล นุชผ่อง รองผู้อำนวยการกองเวชระเบียนและ หลักฐานสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : resoke@hotmail.com</p> <p>3. นางอุทัย เกษรา กลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร และ ประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901595 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : kuthai2@hotmail.com</p>					

	<p>4. นางนินมอญงค์ สายรัตน์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574</p> <p>โทรสาร : 02-5901576</p> <p>5. นางสาวโณทัย ไชยปาละ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574</p> <p>โทรสาร : 02-5901576</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : nimanong_15@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวโณทัย ไชยปาละ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574</p> <p>โทรสาร : 02-5901576</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	73. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์											
คำนิยาม	<p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การพยาบาล/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสั้นๆ (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation)</p> <p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การพยาบาล/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ ใน 12 เขตสุขภาพ ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนกลาง ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> การจแนงนับผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย <ol style="list-style-type: none"> 1.1 หน่วยงานเจ้าของตัวของตัวชี้วัด (สำนักวิชาการสาธารณสุข) 											

	<p>1.2 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพ ที่ผ่านการนำเสนอเผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ หรือนำเสนอผลงานในเวทีตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป</p> <p>1.3 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพ ที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>1.4 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เข้ารับการประกวดและผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>1.5 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านบททวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข และได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ฯ โดยนับเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ 6 ของปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงฉบับที่ 5 ของปีงบประมาณปัจจุบัน (วารสารวิชาการสาธารณสุข ผลิต 6 เล่ม/ปี)</p> <p>2. การนิเทศติดตามประเมินผล</p>																								
แหล่งข้อมูล	<p>1.หน่วยงานส่วนกลาง</p> <p>1.1.สำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ใน 12 เขตสุขภาพ</p>																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ผ่านการตีพิมพ์เผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ หรือนำเสนอผลงานในเวทีตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)																								
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>25</td> </tr> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>30</td> </tr> </table> <p>ปี 2563 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>35</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				25	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				30	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				35
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
			25																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
			30																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
			35																						

ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				40
วิธีการประเมินผล :	<p>โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว</p> <p>ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจรจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ มีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา เชิงวิชาการ ได้แก่ บทความวิชาการได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 หรือผลงานวิจัย/R2R ได้ถูกอ้างอิง(Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติ เชิงนโยบาย หมายถึง ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาด้านส่งเสริมรักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้ เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยมีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพไปถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ 			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่จังหวัดได้รวบรวมและวิเคราะห์จากหน่วยงานในจังหวัดส่งฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R2R ระดับเขตสุขภาพ ทั้ง 12 เขตสุขภาพ เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ บทความย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละ ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้ หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	-	-	48.48
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.จุฬาทิพย์ กระจ่าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9 2. นางสุมาลี ศักดิ์ผิวผาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9 3. นางชวิตา สุขนิรันดร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9 4. นางมยุรี จงศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรสาร : 02-5919835 5. นางพัชรรวณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737 E-mail : raksit-kamp@hotmail.com พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694 E-mail : ladychavida@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 E-mail : research.moph@hotmail.com พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. ดร.ณัฐธยา พัฒนระวีวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรสาร : 02-5901704 2. ดร.สลักจิต ชุตินพงษ์วิเวท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรสาร : 02-5901704		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ ด้านกำลังคนสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 085-2476446 E-mail : nattaya-pa@hotmail.com นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : 081-8611196 E-mail : salakchit.c@dmsc.mail.go.th		

	<p>3. ดร.จุฬาทพร กระเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>4. นางสุมาลี ศักดิ์ผิวผาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>5. นางชวิตา สุขนิรันดร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>6. นางมยุรี จงศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรสาร : 02-5919835</p> <p>7. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737 E-mail : raksit-kamp@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694 E-mail : ladychavida@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
--	--	---

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

	<p>งบประมาณเกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี หมายถึง งบดำเนินการที่เกี่ยวกับการวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทหารด้วยงบประมาณดำเนินการทั้งหมดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคุณด้วย หนึ่งร้อย</p> <p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัย ให้กับนักวิจัยในสังกัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 หมายถึง หน่วยงานระดับกรม ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัดเพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับการวิจัย ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="309 705 552 757">ปีงบประมาณ 61</th> <th data-bbox="552 705 794 757">ปีงบประมาณ 62</th> <th data-bbox="794 705 1037 757">ปีงบประมาณ 63</th> <th data-bbox="1037 705 1279 757">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="309 757 552 875">ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td data-bbox="552 757 794 875">ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td data-bbox="794 757 1037 875">ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td data-bbox="1037 757 1279 875">ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5						
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนา ให้กับนักวิจัยในสังกัด อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับ ทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561</p>								
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานระดับกรม จำนวน 8 กรม ได้แก่ กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2. หน่วยงานระดับเขตสุขภาพ จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 								
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลงบประมาณที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดสรรให้ ดำเนินงานเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จากทุกหน่วยงานระดับ กรม และ หน่วยงานระดับเขต 2. ติดตามการรายงานผลการจัดสรรงบประมาณ จากทุกหน่วยงานระดับกรม หน่วยงาน ระดับเขต 3. บันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด รอบ 3,6,9, และ 12 เดือน จาก หน่วยงานระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต 4. ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2561 www.http://healthkpi.moph.go.th(แสดงเป็นภาพรวมของแต่ละกรม และ แต่ละเขตสุขภาพ) 								
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูล Secondary Dataจากหน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับเขตและ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 								

	2. ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข http://healthkpi.moph.go.th				
รายการข้อมูล 1	A = งบประมาณที่หน่วยงานจัดสรรให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา				
รายการข้อมูล 2	B = งบประมาณที่หน่วยงานได้รับทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของงบประมาณที่สนับสนุนให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหน่วยงานทั้งหมด 				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> รายงานผลการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 จากหน่วยงานระดับกรม และหน่วยงานระดับเขต ข้อมูลใน http://healthkpi.moph.go.th(แสดงเป็นภาพรวมของแต่ละกรม และแต่ละเขตสุขภาพ) 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของ งบประมาณด้าน การวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ	ร้อยละ	-	-	3.46

	1.5 ของ งบประมาณทั้งหมด					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒนาชัยกูร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรสาร : 02-5919832</p> <p>2. นางสุรียาพร ตั้งศรีสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p> <p>3. นางพัชรารวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p>	<p>ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 E-mail : bengouy@hotmail.com</p> <p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 091-0033752 E-mail : tungsriskul@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p>	<p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒนาชัยกูร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรสาร : 02-5919832</p> <p>2. นางสุรียาพร ตั้งศรีสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p> <p>3. นางพัชรารวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p>	<p>ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 E-mail : bengouy@hotmail.com</p> <p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 091-0033752 E-mail : tungsriskul@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p>	<p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	75. ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> • ยากลุ่มเป้าหมาย/รายการยากลุ่มเป้าหมาย คือ ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า • ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า คือ ยาที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูง (เรียงลำดับ) โดยผลรวมมีมูลค่าร้อยละ 50 ของมูลค่าทั้งหมด โดยมี 3 เงื่อนไข คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) ต้องเป็นยาที่มีความจำเป็นทางสาธารณสุข 2) ไม่สามารถผลิตได้เอง หรือผลิตเองน้อย 3) มีความเป็นไปได้ในการผลิตหรือนำเข้าทดแทน

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 20 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 50 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 80 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและวัคซีนในราคาที่สามารถซื้อได้ที่ตั้งอยู่บนหลักความยั่งยืน ภายในระบบประกันสุขภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภคยา กองทุนประกันสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สืบค้นจากฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 15 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่าน	ร้อยละ 30 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่าน	ร้อยละ 45 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่าน	ร้อยละ 10 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับ

กระบวนการให้ คำปรึกษา เพื่อเตรียม ความพร้อมในการขึ้น ทะเบียนตำรับยา	กระบวนการให้ คำปรึกษา เพื่อเตรียม ความพร้อมในการขึ้น ทะเบียนตำรับยา	กระบวนการให้ คำปรึกษา เพื่อเตรียม ความพร้อมในการขึ้น ทะเบียนตำรับยา	ทะเบียนตำรับและพร้อม จำหน่ายในเชิงพาณิชย์
--	--	--	--

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 20 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ พร้อมจำหน่ายในเชิง พาณิชย์

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 50 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ พร้อมจำหน่ายในเชิง พาณิชย์

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 80 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ พร้อมจำหน่ายในเชิง พาณิชย์

วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากรายงานสรุปผลการดำเนินงาน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ไม่มี		-	-	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p><u>ปี 2561 - 2564 (ด้านการให้คำปรึกษา)</u></p> <p>1. ภญ วรสุดา ยุงทอง ผู้อำนวยการสำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : worasuda@fda.moph.go.th</p> <p>สำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p><u>ปี 2561 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ)</u></p> <p>1. ภญ ดร ธารกมล จันทรประภาส หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907028 โทรศัพท์มือถือ : 089-1420456 โทรสาร : 02-5918463 E-mail : tankamol@fda.moph.go.th</p> <p>กลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2. ภญ ดวงกมล ภักดีสัตยพงศ์ หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907163 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5907164 E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th</p> <p>กลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายยุทธนา ดวงใจ เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 080-7402923 โทรสาร : 02-5917341 E-mail : yuthtana@fda.moph.go.th</p> <p>สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	76. ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้รับอนุญาตผลิตยาที่มียานวัตกรรมที่อยู่ระหว่างวิจัยพัฒนา (โดยเฉพาะยาที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุข มีศักยภาพทางการตลาด) เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ครบถ้วน และมีคุณภาพเพียงพอในการขึ้นทะเบียนตำรับยา โดยกระบวนการให้คำปรึกษา 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice ● ยานวัตกรรม หมายถึง ยาแผนปัจจุบัน (ยาเคมี และ ยาชีววัตถุ) ยาจากสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย <p>ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ นักวิจัยที่มีเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมใหม่ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนา เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลวิชาการด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพียงพอในการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้ รูปแบบการให้คำปรึกษามี 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice ● เครื่องมือแพทย์นวัตกรรม หมายถึง เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (non-IVD) และเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (in vitro diagnostic: IVD) ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย

เกณฑ์เป้าหมาย :					
		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
		ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุขยาและเครื่องมือแพทย์ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุขหรือมีศักยภาพทางการตลาด เพื่อการพึ่งพาตนเองของประเทศ อันจะนำไปสู่ความมั่นคงด้านยาและเครื่องมือแพทย์				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ทั้งประเทศ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
แหล่งข้อมูล	1. รายงานจากสำนักยา 2. รายงานจากสำนักงานรณรงค์ประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3. รายงานจากหน่วยให้คำปรึกษาและส่งเสริมนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและได้รับการขึ้นทะเบียน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และผ่านการรับคำขอขึ้นทะเบียน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ได้รับการขึ้นทะเบียน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย.รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 28		
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน		

นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียน	นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย.รับคำขอฯ	นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	ทะเบียน ร้อยละ 30
--	---	--	-------------------

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย.รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 35

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย.รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุม เครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 38

วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากรายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาและเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย
--------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย
------------------	--

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

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวจิตธาดา แซ่เจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรสาร : 02-5918457 กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th
---	--	--

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

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ได้รับการกลั่นกรองและคัดเลือกตามหลักเกณฑ์อย่างน้อย 100 ตำรับ/ปี (ปีงบประมาณ 2561-2562)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
					500 ตำรับ (ผลงานปีงบประมาณ 2560-2564) รวบรวมจัดทำเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และจัดพิมพ์เป็นตำรายาแผนไทยแห่งชาติ
วิธีการประเมินผล :		จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านการคัดเลือกแต่ละปี			
เอกสารสนับสนุน :		<ol style="list-style-type: none"> ต้นฉบับตำรับยาแผนไทยของชาติที่ผ่านการกลั่นกรองและคัดเลือก รายงานการประชุมคณะทำงานกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 3 คณะ รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ รายงานการประชุมคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตำราการแพทย์แผนไทยที่ใช้อ้างอิง 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
		จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ	ตำรับ	2558	2559
				-	-
					104 (ณ 25 ก.ย. 60)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. ภญ.ดร.อัญชลี จูฑะพุทธิ		ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน	
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409		โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900	
		โทรสาร : 02-5914409		E-mail : anchaleeuan@gmail.com	
		กองวิชาการและแผนงาน			

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	78. จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	<p>1. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษาวิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรมเดิม</p> <p>2. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุง ผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบหรือผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัด เฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่เป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะก่อให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้</p> <p>3. เทคโนโลยีสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5	

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนและชุมชน 2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. นักวิจัย 4. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณที่ ต้องการวัด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : 5 ปี โดยตลอดระยะเวลา 5 ปี จะมีการประเมินผลทุกปี

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดให้แก่หน่วยงานอื่นหรือ แผนการผลิตประจำปีงบประมาณ 2561	รายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดให้แก่หน่วยงานอื่นหรือผลความก้าวหน้า การผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10 - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่นหรือ แผนการผลิตประจำปีงบประมาณ 2562	รายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่นหรือผลความก้าวหน้าการผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่นหรือ แผนการผลิตประจำปีงบประมาณ 2564	รายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่นหรือผลความก้าวหน้าการผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560	เรื่อง	2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเดือนฉนอม พรหมขัติแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 99121 โทรสาร : 02-9511297 2. นางสาวรวงคณา อ่อนทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :		นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : E-mail:duanthanorm.p@dmsc.mail.go.th ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 2. นายจุมพต สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 3. นางสาวชิสานันท์ นันทกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jumepote.s@dmsc.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : chisa.n@dmsc.mail.go.th

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	79. จำนวนงานวิจัยสมุนไพรมานุษยวิทยา/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด											
คำนิยาม	<p>งานวิจัยสมุนไพรมานุษยวิทยา งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรมานุษยวิทยาและตำรับ</p> <p>การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปใช้จริงทางการแพทย์และในระบบบริการสาธารณสุข</p> <p>การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้นทะเบียนได้ และ/หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 เรื่อง</td> <td>12 เรื่อง</td> <td>14 เรื่อง</td> <td>16 เรื่อง</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	10 เรื่อง	12 เรื่อง	14 เรื่อง	16 เรื่อง
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
10 เรื่อง	12 เรื่อง	14 เรื่อง	16 เรื่อง									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เกิดกระบวนการวิจัยแบบครบวงจรห่วงโซ่ถึงขั้นตอนการนำไปใช้ประโยชน์ 2. เพื่อต่อยอดและส่งต่องานวิจัยที่มีศักยภาพไปสู่การประโยชน์ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สมุนไพรมานุษยวิทยา สมุนไพรมานุษยวิทยา องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นวัตกรรมและผลิตภัณฑ์สมุนไพรมานุษยวิทยา											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายการวิจัย โดยมีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อ											
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ 											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงานวิจัยสมุนไพรมานุษยวิทยา/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด 10 เรื่องต่อปี											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประมวลองค์ความรู้ งานวิจัย/องค์ความรู้ ที่ได้จากการศึกษา และพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร เพื่อนำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือทางการตลาด	- รวบรวมและคัดเลือก ผลการวิจัย/ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและ พัฒนา ด้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ ทางเลือกและ สมุนไพร และ ดำเนินการ ให้ได้ครบ ทั้ง 10 เรื่อง	- ประสาน/วางแผน/ ดำเนินการนำ งานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและ พัฒนาด้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ ทางเลือกและ สมุนไพร มาใช้จริง ทางการแพทย์ หรือการตลาด	- มีงานวิจัย/ องค์ความรู้ที่ได้ จากการศึกษาและ พัฒนาด้าน การแพทย์แผน ไทยการแพทย์ ทางเลือกและ สมุนไพร หรือ การตลาด จำนวน 10 เรื่อง

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

การสำรวจงานวิจัยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร

เอกสารสนับสนุน :

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
จำนวนงานวิจัยที่มีการส่ง ต่อและนำไปใช้ประโยชน์	จำนวน เรื่อง	-	-	11

ข้อมูลสิ้นสุด ณ 30 กันยายน 2560

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495647 โทรสาร : 0-2149-5647 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. ดร.ภญ.มณฑกา อีรัชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2243247 โทรสาร : 02-2243247 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>3. นางศรีจรรยา โชติค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>หัวหน้ากลุ่มวิจัยการแพทย์แผนไทย (สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย) โทรศัพท์มือถือ : 083-1774297 E-mail : monthaka.t@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p>

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

กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตาม หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนหรือกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน

การแก้ไข หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการนิติบัญญัติในการออกกฎหมาย การแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการแปลกฎหมายกรณีกฎหมายที่ออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนต้องมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายลงในราชกิจจานุเบกษา กรณีกฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามให้สิ้นสุดกระบวนการเมื่อรัฐมนตรีลงนามส่งเรื่องไปสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

การแปลกฎหมาย หมายถึง การแปลกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติจาก ภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 39 ฉบับที่ตามรายชื่อแนบท้าย Template

การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

ในปีงบประมาณ 2560 จะบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญรวม 3 ประเด็น คือ

1. คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์
2. การโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ
3. การจัดการกับขยะมูลฝอย

ทั้งนี้ ตามรายชื่อกฎหมายแนบท้าย Template นี้

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด: ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา เป้าหมายมากกว่า ≥ 4 พิจารณาจากความสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายปีงบประมาณแยกเป็น 4 กลุ่มมีเป้าหมายดังนี้

กลุ่ม 1 กฎหมายออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนเป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

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

กลุ่ม 2 กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน เป้าหมาย ร้อยละ 50

เกณฑ์การให้คะแนน

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

กลุ่ม 3 กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามเป้าหมาย ร้อยละ 60

เกณฑ์การให้คะแนน

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

กลุ่ม 4 การแปลกฎหมาย เป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

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

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 90

กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 4 องค์ประกอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ

องค์ประกอบ	การดำเนินการ
1.	ต้องกำหนดการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงให้ความสำคัญเป็นตัวชี้วัดของนิติกรและผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านกฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและวางแผนการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย 1 ประเด็นของกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บังคับใช้
2.	เข้าร่วมการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นในทุกช่องทางร้อยละ 75 ของที่มีการจัด
3.	ต้องมีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัดทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นดังนี้ - คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ เครือข่ายได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัด - การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเครือข่าย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพของเอกชนในจังหวัด สถานีวิทยุ โทรทัศน์หรือผู้ประกอบการสื่อสิ่งพิมพ์ในจังหวัดเจ้าหน้าที่สรรพสามิต พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการในจังหวัด - การจัดการกับขยะมูลฝอยเครือข่ายได้แก่ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการภายในจังหวัด โดยกิจกรรมที่ทำอาจเป็นการเชิญเข้ามาเป็นเครือข่ายหรือเชิญเข้าประชุมการบังคับใช้กฎหมายแต่ละเรื่อง หรือสร้างความสัมพันธ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือเข้ามาเป็นวิทยากรในการอบรมภายในจังหวัดหรือช่วยออกตรวจ หรือขอให้ร่วมประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องสร้างเครือข่ายอย่างน้อย 1 เครือข่ายตามประเด็นกฎหมายที่จะบังคับใช้

4.	<p>ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมในเชิงบวกประชาสัมพันธ์และป้องปรามออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง หรือ 2. มีการใช้มาตรการลงโทษร้องทุกข์ดำเนินคดี หรือลงโทษเรื่องที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด โดยขอให้รายงานกระทรวงสาธารณสุขทราบพร้อมหลักฐานทุก 6 เดือน
----	---

เกณฑ์การให้คะแนน

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

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน 2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต
รายการข้อมูล 1 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	A = คะแนนกลุ่ม 1
รายการข้อมูล 2 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	B = คะแนนกลุ่ม 2
รายการข้อมูล 3 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	C = คะแนนกลุ่ม 3
รายการข้อมูล 4 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	D = คะแนนกลุ่ม 4
รายการข้อมูล 5 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	E = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ครบองค์ประกอบ
รายการข้อมูล 6 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	F = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 1	เกณฑ์การให้คะแนนปี 2560																																					
	กลุ่ม/คะแนน	1	2	3	4	5																																
	กลุ่ม 1	60	70	80	90	100																																
	กลุ่ม 2	60	65	70	75	80																																
	กลุ่ม 3	40	45	50	55	60																																
	กลุ่ม 4	60	70	80	90	100																																
จำนวนกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบทั้งหมด = (A+B+C+D)/4																																						
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ตามที่กำหนด = (E/F) x 100																																					
ระยะเวลาประเมินผล	1. ร้อยละของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขทำการประเมินไตรมาส 4 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทำการประเมินไตรมาส 2 และ 4																																					
เกณฑ์การประเมิน 1. ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา ปี 2561 : <table border="1" data-bbox="124 1104 1469 1234"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> ปี 2562 : <table border="1" data-bbox="124 1290 1469 1420"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> ปี 2563 : <table border="1" data-bbox="124 1476 1469 1606"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> ปี 2564 : <table border="1" data-bbox="124 1662 1469 1792"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table>							รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																			
-	-	-	-																																			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																			
-	-	-	-																																			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																			
-	-	-	-																																			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																			
-	-	-	-																																			
2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ปี 2561 : <table border="1" data-bbox="145 1921 1449 2033"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2560 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ</td> </tr> </table>							รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2560 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ																											
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																			
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2560 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ																																						

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา พิจารณาจากผลสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นางสุดา ทองผดุงโรจน์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901438
โทรสาร : 02-5901434
ผู้อำนวยการกองกฎหมาย
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th
- นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437
โทรสาร : 02-5901434
นิติกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th
- นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437
โทรสาร : 02-5901434
นิติกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th
- นายกิตติ พวงกนก
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432
โทรสาร : 02-5901434
นิติกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th

ภาคผนวก

ก

(ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

1. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

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

2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

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

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

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	สำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายมีส่วนร่วม</u> ในการดำเนินงานด้าน <u>สุขภาพ</u>	ดำเนินการให้ <u>ชุมชน และภาคีเครือข่าย ร่วม</u> <u>รับรู้ ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพ ในงานที่ <u>หลากหลายและขยาย</u> <u>วงกว้างเพิ่มขึ้น</u>	<u>ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี</u> <u>ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ <u>กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u> <u>และมีการขยายวงได้ค่อนข้าง</u> <u>ครอบคลุม</u>	<u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายร่วมคิด ร่วม</u> <u>วางแผน ร่วม</u> ดำเนินการด้านสุขภาพ <u>และมีการทบทวน</u> <u>เรียนรู้ ปรับปรุง</u> <u>กระบวนการมีส่วนร่วม</u> ให้เหมาะสมมากขึ้น	<u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายร่วม</u> <u>ดำเนินการอย่างครบ</u> <u>วงจร รวมทั้งการ</u> <u>ประเมินผล จนร่วม</u> <u>เป็นเจ้าของการ</u> <u>ดำเนินงานเครือข่าย</u> <u>บริการปฐมภูมิ</u>	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ <u>ชัดเจน หรือเริ่ม</u> <u>ดำเนินการในการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้างความ</u> <u>พึงพอใจของบุคลากร</u>	มีการขยายการ <u>ดำเนินการตามแนวทาง</u> <u>หรือวิธีการในการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้างความ</u> <u>พึงพอใจของบุคลากร</u> <u>เพิ่มขึ้นในแต่ละ</u> <u>หน่วยงาน หรือในแต่ละ</u> <u>ระดับ</u>	ดำเนินการตามแนวทาง <u>หรือวิธีการดูแลพัฒนาและ</u> <u>สร้างความพึงพอใจ และ</u> <u>ความผูกพัน</u> (engagement) ของ <u>บุคลากรให้สอดคล้องกับ</u> <u>ภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็น</u> <u>ระบบ</u>	<u>เครือข่ายสุขภาพมีการ</u> <u>เรียนรู้ ทบทวน</u> <u>กระบวนการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้างความ</u> <u>ผูกพันของบุคลากรให้</u> <u>สอดคล้องกับบริบท</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้บุคลากรมี</u> <u>ความสุข ภูมิใจ รู้</u> <u>คุณค่าและเกิดความ</u> <u>ผูกพันในงานของ</u> <u>เครือข่ายบริการปฐม</u> <u>ภูมิ</u>	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความ <u>กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานใน</u> <u>หน้าที่ และในงานที่ได้รับ</u> <u>มอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้</u> <u>บรรลุพันธกิจขององค์กร</u>

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน	มีการ <u>ดำเนินการร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ในบาง <u>ประเด็น หรือบางระบบ</u>	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร <u>ร่วมกัน</u> อย่างเป็นระบบและ <u>ครอบคลุม</u> ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตาม เป้าหมายของเครือข่าย สุขภาพ	มีการ <u>ทบทวนและปรับปรุงการจัดการ</u> ทรัพยากร และพัฒนา <u>บุคลากร</u> ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกันโดย <u>ยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มี กำแพงกัน)</u> และมีการ <u>ใช้ทรัพยากรจาก</u> ชุมชน ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้า (input) ของการทำงาน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ในแต่ละกลุ่ม ตามบริบท ของชุมชน	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท และตามความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหาสูง</u>	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพ ตามบริบท ตามความ ต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และ <u>ชุมชนที่ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา <u>อย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการ <u>จัดระบบดูแล สุขภาพอย่างบูรณาการ</u> ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี	Essential Care หมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับ ประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และเป็นไปตาม <u>ศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐม ภูมิ</u>

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

ประเด็นที่ 1: ผักและผลไม้สด

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
คำนิยาม	<p>1. ผักและผลไม้สด หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี</p> <p>2. สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์</p> <p>3. สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดได้รับพัฒนา หมายถึง สถานที่ผลิตตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ได้รับการพัฒนาตามคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</p> <p>4. สถานที่ผลิตเป้าหมาย หมายถึง สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้เป็นสถานที่ที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้เป็นสถานที่ที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่าง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก (ข้อมูลจากวันที่ 30 สิงหาคม 2560) เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กำหนดสถานที่ผลิต

เป้าหมายในการดำเนินงาน ภายในวันที่ 15 กันยายน 2560 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัด 1-1)

2. สสจ. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ออก. ส่งให้ และยืนยันจำนวนสถานที่ผลิตเป้าหมายและระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวังในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กลับมายัง ออ. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 25 กันยายน 2560

3. สสจ. ตรวจสอบและพัฒนาความพร้อมสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 (ภายในเดือน ธันวาคม 2560)

3.1.1 สสจ. ตรวจสอบสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งที่มีอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัด)

3.1.1.1 กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์

(1) สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดทุกชนิดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ที่มีอยู่ในสถานที่ผลิตเป้าหมาย และรายงานในรูปแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

(2) ส่งแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 และเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) มายัง ออ. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

3.1.1.2 กรณีสถานที่ผลิตไม่ผ่านตามเกณฑ์

(1) กรณีสถานที่ผลิตที่ไม่ผ่านการตรวจประเมินในครั้งที่ 1 เป็นสถานที่ผลิตเป้าหมาย ขอให้ สสจ. กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างภายหลังจากการพัฒนาสถานที่ผลิตเป้าหมายมายัง ออ. ภายในวันที่ 15 มกราคม 2561

(2) ให้คำแนะนำในการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านในการตรวจประเมินครั้งที่ 1 ทุกแห่งตามคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด และดำเนินการตามแนวทางข้อ 3.2 (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัด)

3.2 ครั้งที่ 2 (ภายในเดือน มีนาคม 2561)

3.2.1 ตรวจสอบสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านในครั้งที่ 1 โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัด)

3.2.2 กรณีเป็นสถานที่ผลิตเป้าหมาย ขอให้ สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดทุกชนิดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ และรายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

3.2.3 ส่งแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 และเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) มาอัยย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

4. กรณีที่จังหวัดไม่มีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ขอให้ สสจ. ดำเนินการ ดังนี้

4.1 กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง ณ สถานที่จำหน่าย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 1-1) และส่งกลับมายัง อัยย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th **ภายในวันที่ 25 กันยายน 2560**

4.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ณ สถานที่จำหน่ายค้าปลีกหรือค้าส่งในจังหวัดนั้น และรายงานผลในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาสถานที่จำหน่ายต่อไป (ภายในเดือนธันวาคม 2560)

4.3 รายงานผลการดำเนินงานทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

หมายเหตุ

1. ปริมาณตัวอย่างผักและผลไม้สดที่เก็บเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ แสดงในเอกสารชี้แจง KPI Template ในส่วนของภาคผนวก

2. การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า

- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

- ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

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

	<table border="1"> <tr> <th>ครั้งที่</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ภายใน 20 มี.ค. 61</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 พ.ค. 61</td> </tr> </table> <p>หมายเหตุ : ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p> <p>6. อย. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ</p>	ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 60	2	ภายใน 20 มี.ค. 61	3	ภายใน 20 พ.ค. 61		
ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 60										
2	ภายใน 20 มี.ค. 61										
3	ภายใน 20 พ.ค. 61										
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์										
รายการข้อมูล 3	-										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช $= (A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>หน่วยงาน</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อย.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ป.สธ เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในประเทศ จัดทำคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต(คัดและบรรจุ) ผักและ </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ จัดอบรมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามกฎหมายให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ ร่วมติดตามการพัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด รายงานผลในระบบ Dashboard ของ </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ สื่อประชาสัมพันธ์ ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่ พัฒนาสถานที่จำหน่าย (ค้าปลีก/ค้าส่ง) จัดทำฐานข้อมูลความปลอดภัยของผักและผลไม้สด </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังผักและผลไม้ในประเทศ จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลในระบบ Dashboard ของ </td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อย.	<ul style="list-style-type: none"> ป.สธ เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในประเทศ จัดทำคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต(คัดและบรรจุ) ผักและ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ จัดอบรมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามกฎหมายให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ ร่วมติดตามการพัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด รายงานผลในระบบ Dashboard ของ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ สื่อประชาสัมพันธ์ ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่ พัฒนาสถานที่จำหน่าย (ค้าปลีก/ค้าส่ง) จัดทำฐานข้อมูลความปลอดภัยของผักและผลไม้สด 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังผักและผลไม้ในประเทศ จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลในระบบ Dashboard ของ
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
อย.	<ul style="list-style-type: none"> ป.สธ เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในประเทศ จัดทำคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต(คัดและบรรจุ) ผักและ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ จัดอบรมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามกฎหมายให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ ร่วมติดตามการพัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด รายงานผลในระบบ Dashboard ของ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ สื่อประชาสัมพันธ์ ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่ พัฒนาสถานที่จำหน่าย (ค้าปลีก/ค้าส่ง) จัดทำฐานข้อมูลความปลอดภัยของผักและผลไม้สด 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังผักและผลไม้ในประเทศ จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลในระบบ Dashboard ของ 							

		ผลไม้สด และ แนวทางการ ปฏิบัติตาม กฎหมาย สำหรับ เจ้าหน้าที่และ ผู้ประกอบการ •รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง สาธารณสุข	•รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง สาธารณสุข
เกณฑ์การประเมิน (ต่อ) :	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในจังหวัด ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งที่มีอยู่ในจังหวัด ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย ติดตามตรวจสอบการพัฒนาสถานที่ผลิต (ผักและผลไม้สด) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์และตรวจประเมินซ้ำ สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตเป้าหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> สรุปผลการดำเนินงานและส่งต่อข้อมูลให้สำนักงานเกษตรจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th

	<p>เจ้าหน้าที่ เป้าหมาย •รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th</p>	<p>•รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th</p>		
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวจุไรรัตน์ วัฒนอมกิจ โทรศัพท์ 02-590-7406 ผู้ประสานงาน : นางสาวกนกเนตร รัตนจันท/นางสาววรวัลลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7030</p>			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)			
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p><u>ส่วนกลาง</u></p> <p>1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381 โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. น.ส. วรวัลลัญช์ พูลสวัสดิ์ ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรศัพท์มือถือ : 081-925-5350 โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p><u>ส่วนภูมิภาค</u> : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และส่งข้อมูลกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์ อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วน ภูมิภาคและท้องถิ่น)</p>			

รายชื่อผักหรือผลไม้สด

แบบท้ายตัวชี้วัด: ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลไม้สด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ¹
กล้วย (banana)	<i>Musa</i> spp.
เกาลัด (chestnuts)	<i>Castanea</i> spp.
แก้วมังกร (dragon fruit/pitaya)	<i>Hylocereus</i> spp.; <i>Hylocereus undatus</i> (Haw.) Britton & Rose; <i>Hylocereus megalanthus</i> (K. Schum. ex Vaupel) Ralf Bauer; <i>Hylocereus polyrhizus</i> (F.A.C. Weber) Britton & Rose; <i>Hylocereus ocamponis</i> (Salm-Dyck) Britton & Rose; <i>Hylocereus triangularis</i> (L.) Britton & Rose
แตงเทศ ได้แก่ แคนตาลูป (cantaloupe) และเมลอน (melon)	<i>Cucumis melo</i> L.
เงาะ (rambutan)	<i>Nephelium lappaceum</i> L.
ชมพู่ (java apple; wax jambu; wax apple; rose apple)	<i>Syzygium samarangense</i> (Blume) Merr. & L.M. Perry Syn. <i>Eugenia javanica</i> L.
แตงโม (watermelon)	<i>Citrullus lanatus</i> (Thunb.) Matsum. & Nakai Syn. <i>Citrullus vulgaris</i> Schrad.; <i>Colocynthis citrullus</i> (L.) Kuntze
ทับทิม (pomegranate)	<i>Punica granatum</i> L.
ฝรั่ง (guava)	<i>Psidium guajava</i> L.
พุทรา (jujube, Indian)	<i>Ziziphus mauritiana</i> L.; Syn. <i>Ziziphus jujuba</i> Mill.
มะม่วง (mango)	<i>Mangifera indica</i> L.
มะละกอ (papaya)	<i>Carica papaya</i> L.
ละมุด (sapodilla)	<i>Manilkara zapota</i> L.; Syn. <i>Manilkara achras</i> (Mill.) Fosberg; <i>Achras zapota</i> L.
ลำไย (longan)	<i>Dimocarpus longan</i> Lour.; Syn. <i>Nephelium longana</i> Cambess.; <i>Euphoria longana</i> Lam.
สตรอว์เบอร์รี่ (strawberries)	<i>Fragaria x ananassa</i> (Duchesne ex Weston) Duchesne ex Rozier
ส้มเปลือกกล่อน (mandarins)	<i>Citrus reticulata</i> Blanco และลูกผสม รวมทั้ง <i>Citrus nobilis</i> Lour.; <i>Citrus deliciosa</i> Ten.; <i>Citrus tangarina</i> Hort.; <i>Citrus mitis</i> Blanco Syn. <i>Citrus madurensis</i> Lour.; <i>Citrus unshiu</i> Marcow

¹ อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ผลไม้สด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ²
ส้มเปลือกไม่ล่อน (oranges) เช่น ส้มเกลี้ยง	<i>Citrus sinensis</i> Osbeck, <i>Citrus aurantium</i> L. รวมทั้งลูกผสมและชนิด <i>Citrus myrtifolia</i> Raf.; <i>Citrus salicifolia</i> Raf.
สาละ (pear, oriental; Chinese pear; nashi pear; sand pear; snow pear)	<i>Pyrus pyrifolia</i> (Burm. f.) Nakai; <i>Pyrus lindleyi</i> Rehder; <i>Pyrus nivalis</i> Jacq.
องุ่น (grapes)	<i>Vitis vinifera</i> L.
แอปเปิล (apple)	<i>Malus domestica</i> Borkh.
ผักสด	
กระเทียม (garlic) กระเทียมโทน และกระเทียมจีน (onion, Chinese)	<i>Allium sativum</i> L. and <i>Allium chinense</i> G. Don; Syn. <i>Allium bakeri</i> Regel
กะหล่ำดอก (cauliflower) รวมทั้งกะหล่ำเจดีย์ (romanesco broccoli)	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>botrytis</i> L.
กะหล่ำปลี (cabbages) รวมทั้งกะหล่ำปลีไบบิ้น	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>capitata</i> L.
กุยช่าย (chives, Chinese)	<i>Allium tuberosum</i> Rottler ex Spreng.
ข่า (galangal)	<i>Languas galanga</i> (L.) Stunz; Syn. <i>Alpinia galanga</i> Sw.; <i>Languas officinarum</i> (Hance) Farwell; Syn. <i>Alpinia officinarum</i> Hance <i>Kaempferia galanga</i> L.
คะน้า (Chinese broccoli; Chinese kale)	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>alboglabra</i> (L.H. Bailey) Musil
แครอท (carrot)	<i>Daucus carota</i> L.
ต้นหอม (spring onion) และต้นหอมญี่ปุ่น (onion, welsh; Japanese bunching onion; Chinese small onion; green onion)	<i>Allium cepa</i> L., White Portugal and <i>Allium fistulosum</i> L.
ถั่วงอก (bean sprout)	<i>Vigna radiata</i> (L.) R. Wilczek
ใบตำลึง (ivy gourd)	<i>Coceinia grandis</i> (L.) Voigt
แตงกวา แตงร้าน (cucumber)	<i>Cucumis sativus</i> L.
ถั้วฝักยาว (yard-long bean)	<i>Vigna unguiculata</i> subsp. <i>sesquipedalis</i> (L.) Verdc.
ถั้วลันเตา (garden pea)	<i>Pisum sativum</i> var. <i>sativum</i>
บร็อกโคลี (broccoli) รวมทั้ง กะหล่ำดอกอิตาเลียน (broccoli, sprouting) แขนง	<i>Brassica oleracea</i> L. var. <i>italica</i> Plenck

² อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ผักสด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ³
กะเพรา โหระพา ใบแมงลัก (basil)	<i>Ocimum basilicum</i> L.; <i>Ocimum x africanum</i> Lour.; <i>Ocimum basilicum</i> L. <i>Ocimum x citrodorum</i> Vis.; <i>Ocimum minimum</i> L.; <i>Ocimum americanum</i> L.; <i>Ocimum gratissimum</i> L.; <i>Ocimum tenuiflorum</i> L.
ใบบัวบก (pennywort)	<i>Centella asiatica</i> (L.) Urb.
ผักปวยเล้ง (spinach)	<i>Spinacia oleracea</i> L.
ผักกาดขาวปลี (Chinese cabbage)	<i>Brassica rapa</i> L. subsp. <i>pekinensis</i> (Lour.) Kitam. Syn. <i>Brassica pekinensis</i> (Lour.) Rupr., <i>Brassica rapa</i> var. <i>pekinensis</i> (Lour) Olsson
ผักโขม (amaranth)	<i>Amaranthus</i> spp.
ผักบุ้ง (kangkung/water spinach)	<i>Ipomoea aquatica</i> Forssk.
พริกเผ็ด (chili) รวมทั้งพริกชี้ฟ้า พริกหนุ่ม	<i>Capsicum annuum</i> L. พันธุ์ที่เผ็ดร้อน
พริกหวาน (peppers, sweet /peppers, bell) รวมทั้งปราปิกา (prapika)	<i>Capsicum annuum</i> var. <i>grossum</i> (Willd.) Sendt. and <i>Capsicum annuum</i> var. <i>longum</i> (DC.) Sendt.
ฟักทอง (pumpkins)	<i>Cucurbita maxima</i> Duchesne; <i>Cucurbita</i> <i>argyrosperma</i> C. Huber; <i>Cucurbita</i> <i>moschata</i> Duchesne; <i>Cucurbita pepo</i> L. and <i>Cucurbita pepo</i> subsp. <i>pepo</i>
มะเขือเทศ (tomato)	<i>Lycopersicon esculentum</i> Mill. Syn. <i>Solanum lycopersicum</i> L.
มะเขือเปราะ (Thai eggplant)	<i>Solanum undatum</i> Lam.
มันฝรั่ง (potato)	<i>Solanum tuberosum</i> L.
หอมแดง (shallot)	<i>Allium cepa</i> L. var. <i>aggregatum</i> G.Don.
เห็ด (mushrooms) ที่เพาะเลี้ยง เช่น เห็ดโคนญี่ปุ่น , เห็ดโคนขิมเมจิ, เห็ดหูหนูดำ, เห็ดหลินจือ, เห็ดหอม, เห็ดฟาง, เห็ดหูหนูขาว เป็นต้น	เช่น <i>Agaricus</i> spp. พันธุ์ที่เพาะปลูก; <i>Agrocybe aegerita</i> ; <i>Hypsizygus tessellates</i> (Bull.) Singer; <i>Auricularia</i> <i>auricular-judea</i> (Bull.) Quél.; <i>Ganoderma lucidum</i> (Curtis) P. Karst., and other <i>Ganoderma</i> spp.; <i>Lentinula edodes</i> (Berk.) Pegler; <i>Volvariella volvacea</i> (Bull.) Singer; <i>Tremella fuciformis</i> Berk.; <i>Auricularia</i> <i>polytricha</i> (Mont.) Sacc.; <i>Termitomyces</i> sp. เป็นต้น

³ อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ประเด็นที่ 2: ผลผลิตภัณฑนมโรงเรียน

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑนมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	นมโรงเรียน คือ ผลิตภัณฑนมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ. 2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑนมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑนมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) ดำเนินการ ดังนี้</p> <p>1.1 <u>กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี</u></p> <p>1.1.1 ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน<u>ทุกแห่งในจังหวัด</u> ตามหลักเกณฑ์ GMP</p> <p>1.1.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑนมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค โดยมีรายการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้</p> <p>(1) นมโคชนิดพาสเจอร์ไรส์ ตรวจวิเคราะห์จำนวน 10 รายการ ได้แก่ นีออนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด แบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i></p> <p>(2) นมโคชนิดยูเอชที ตรวจวิเคราะห์จำนวน 9 รายการ ได้แก่ นีออนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i></p> <p>โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง (1 ครั้ง/ภาคการศึกษา) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ช่วงเดือน พ.ย. 60 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ช่วงเดือน มิ.ย. 61 <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ</u> ดังนี้</p>

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

- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

- **ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

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

1.2 กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี

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

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

ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ **โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้**

- (1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง
- (2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า “รอบผู้ประกอบการ”
- (3) ในช่องหมายเหตุระบุว่า “**ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

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

2. รายงานข้อมูล ดังนี้

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

	ครั้งที่		ระยะเวลาการรายงาน			
	1		ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2560 *			
	2		ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2561			
	3		ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2561*			
	4		ภายในวันที่ 15 กันยายน 2561			
<p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ ในการจัดสรรสิทธิ์</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p> <p>2.2 ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)</p> <p>3. อย. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ</p>						
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่มีผลการตรวจวิเคราะห์มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่ส่งตรวจและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานทั้งหมด					
รายการข้อมูล 3	-					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	อย./สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน 	

		ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต เทอม 2/2560 • รายงานผล มายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผล การเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องใน ระดับจังหวัด	• รายงานผล มายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผล การเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องใน ระดับจังหวัด	ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต เทอม 1/2561 • รายงานผล มายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผล การเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องใน ระดับจังหวัด	• รายงานผล มายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผล การเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องใน ระดับจังหวัด																																								
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา																																												
เอกสารสนับสนุน :	-																																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย นับ</th> <th colspan="6">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th colspan="2">2558</th> <th colspan="2">2559</th> <th colspan="2">2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพ มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td>เทอม 2/255</td> <td>เทอม 1/255</td> <td>เทอม 2/255</td> <td>เทอม 1/2559</td> <td>เทอม 2/255</td> <td>เทอม 1/2560</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>7</td> <td>8</td> <td>8</td> <td></td> <td>9</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>92.00</td> <td>92.55</td> <td>92.47</td> <td>88.51</td> <td>86.07</td> <td>86.21</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.						2558		2559		2560		ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพ มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	เทอม 2/255	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/2559	เทอม 2/255	เทอม 1/2560			7	8	8		9	*			92.00	92.55	92.47	88.51	86.07	86.21	* ข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2560					
Baseline data	หน่วย นับ			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																									
		2558		2559		2560																																							
ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพ มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	เทอม 2/255	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/2559	เทอม 2/255	เทอม 1/2560																																						
		7	8	8		9	*																																						
		92.00	92.55	92.47	88.51	86.07	86.21																																						

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวโชติณา เหล่าไพบูลย์ โทรศัพท์ 02-590-7206 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางสาวกนกเนตร รัตนจันท/นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7030
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7030
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	ส่วนกลาง 1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381 โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com 2. น.ส. วรลัญช์ พูลสวัสดิ์ ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรศัพท์มือถือ : 081-925-5350 โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานตัวชี้วัดที่ 2 โดยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทั่วประเทศ และส่งข้อมูลกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น)

ตารางแสดงคำแนะนำอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับน้ำหนักตัวอย่างผลิตภัณฑ์และจำนวนหน่วยที่เก็บ ต่อ

1 ตัวอย่าง

ลำดับ	รายการ	ปริมาณ x หน่วย
1	ผักและผลไม้สด	1 กิโลกรัม x 1
2	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ปริมาณรวม 100 กรัม ทั้งชนิดแห้งและชนิดเหลว

ทั้งนี้หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนให้ประสานกับหน่วยงานวิเคราะห์โดยตรง
ซึ่งสามารถติดต่อสอบถามและขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แสดงในตาราง

ลำดับ	หน่วยงานวิเคราะห์	โทรศัพท์
1	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่	0-5311-2188-90
2	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1/1 เชียงราย	0-5317-6225-6

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมี

ประสิทธิภาพและยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบาย และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่อง ความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตาม บริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 2 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหา สำคัญในพื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการ ในพื้นที่</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 7 ประเด็น เน้นงานตามนโยบาย และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึก ข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไข ปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความ น่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบท ของพื้นที่ อย่างน้อย 3 ประเด็น เน้นงาน ตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญใน พื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการ วางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิ ใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น เน้นงานตามนโยบาย สำคัญ และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้ง มีการจัดการ เรื่องความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตาม บริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหา สำคัญในพื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการ ในพื้นที่</p>
<p>หมายเหตุ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) และพื้นที่ เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ (จำนวน 27 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 53 จังหวัด</p>		
2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)		
<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและมีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและส่งรายงานมายังคณะอนุกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ, การแต่งตั้งคณะทำงานโดยมีประชาชน มีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะทำงานระหว่างจังหวัดเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p>	<p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและมีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและส่งรายงานมายังคณะอนุกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ, การแต่งตั้งคณะทำงานโดยมีประชาชน มีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะทำงานระหว่างจังหวัดเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p>	<p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและมีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและส่งรายงานมายังคณะอนุกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ, การแต่งตั้งคณะทำงานโดยมีประชาชน มีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะทำงานระหว่างจังหวัดเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p> <p>2.8 มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปีของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเสนอต่อคณะอนุกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย		
3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการ การสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์ 3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น <u>และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการ</u> <u>จัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ</u> คือ (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ	3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการ การสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์ 3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น <u>และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการ</u> <u>จัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ</u> คือ (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน	3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการ การสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์ 3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น <u>และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการ</u> <u>จัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ</u> คือ (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์
4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)		
4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> <u>บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับการพัฒนา</u> <u>ศักยภาพ และมีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบาย</u> <u>ให้หน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</u> 4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบ บริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 4.3 ร้อยละ 25 ขององค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมิน รับรองคุณภาพระบบบริการอนามัย สิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัย กำหนด)	4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> <u>บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา</u> <u>ศักยภาพ และ มีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> <u>นโยบายให้หน่วยงานองค์การปกครอง</u> <u>ส่วนท้องถิ่น</u> 4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบ บริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 4.3 ร้อยละ 50 ขององค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมิน รับรองคุณภาพระบบบริการอนามัย สิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> <u>บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา</u> <u>ศักยภาพ และ มีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> <u>นโยบายให้หน่วยงานองค์การปกครอง</u> <u>ส่วนท้องถิ่น</u> 4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบ บริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 4.3 ร้อยละ 50 ขององค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมิน รับรองคุณภาพระบบบริการอนามัย สิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
	(EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด) 4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)	(EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด) 4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor) 4.5 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับเกียรติบัตร อย่างน้อย 1 แห่ง และเป็นต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

หมายเหตุ : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา

5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน

5.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว	5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (3,654 ตำบล)	5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (3,654 ตำบล)
5.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (3,654 ตำบล)	5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 5.3 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน

6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม

มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 50 คะแนนขึ้นไป	มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 70 คะแนนขึ้นไป	มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 90 คะแนนขึ้นไป
---	---	---

หมายเหตุ : หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง รพศ./รพท., รพช., รพ.สต.

มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

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

Heart rate >90 beats/min

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

WBC $>12,000$ / mm^3 , <4000 / mm^3 , หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

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

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

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

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

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

Platelet count $<100,000$ μL

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

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

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกลับตัว			ดีบน กระสับกระส่าย ที่ผิดปกติขึ้น	ดีบน หุดหุดหรือ หุดหุด	ซึม แต่เรียกแล้วมี คำสั่งอื่น	ซึมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะตื่น	ไม่รู้สึกลับตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปีสภาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥ 1,000			
ปีสภาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥ 320			
ปีสภาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปีสภาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2
Heart rate (beats per minute)	
<40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
Temperature in °C (°F)	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

องค์ประกอบของทีม Capture the fracture

หัวหน้าโครงการ	ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์
ผู้ประสานงาน	Fracture liaison nurse (FLS nurse) ระดับ รพศ./รพท. คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ ระดับ รพช. คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง
ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ	
จำเป็นต้องมี	ระดับ รพศ. / รพท. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ระดับ รพช. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์
แนะนำให้มี	ระดับ รพศ./รพท. - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์ ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์
ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ	
จำเป็นต้องมี	เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด
แนะนำให้มี	ตัวแทนแผนกโภชนาการ

หมายเหตุ : แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

รายการหัตถการแนบท้ายการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
1	Inguinal hernia	<p>Herniotomy herniorrhaphy</p> <p>Hernioplasty</p> <p>53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ®</p> <p>Excludes: laparoscopic unilateral repair of inguinal hernia (17.11-17.13)</p> <p>53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS</p> <p>53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ®</p> <p>Direct and indirect inguinal hernia</p> <p>53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ®</p> <p>53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified</p> <p>53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ®</p> <p>Excludes: laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia (17.21 17.24)</p> <p>53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ®</p> <p>53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ®</p> <p>53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ®</p> <p>53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p>

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		<p>53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis ®</p> <p>53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified</p> <p>53.2 Unilateral repair of femoral hernia</p>
		<p>53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy</p> <p>53.3 Bilateral repair of femoral hernia</p> <p>53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy</p>
2	Hydrocele	<p>61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)</p> <p>Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis</p> <p>Excludes: percutaneous aspiration of hydrocele (61.91)</p>
3	Hemorrhoid	<p>49.4 Procedures on hemorrhoids</p> <p>49.42 Injection of hemorrhoids</p> <p>49.43 Cauterization of hemorrhoids Clamp and cautery of hemorrhoids</p> <p>49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy</p> <p>49.45 Ligation of hemorrhoids</p> <p>49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS</p> <p>49.47 Evacuation of thrombosed hemorrhoids</p> <p>49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure</p>
4	Vaginal bleeding	<p>postpartal manual exploration of uterine cavity (75.7)</p> <p>68.12 Hysteroscopy</p> <p>Excludes: that with biopsy (68.16)</p> <p>68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus</p> <p>68.19 Other diagnostic procedures on uterus and supporting structures</p>

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		<p>68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus</p> <p>68.21 Division of endometrial synechiae Lysis of intraluminal uterine adhesions</p> <p>68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus</p> <p>68.23 Endometrial ablation Dilation and curettage Hysteroscopic endometrial ablation</p> <p>68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus Uterine myomectomy</p> <p>Excludes: biopsy of uterus (68.13, 68.16) uterine fistulectomy (69.42)</p>
		<p>69 Other operations on uterus and supporting structures Code also any application or administration of an adhesion barrier substance (99.77)</p> <p>69.0 Dilation and curettage of uterus Excludes: aspiration curettage of uterus (69.51-69.59)</p> <p>69.01 Dilation and curettage for termination of pregnancy</p> <p>69.02 Dilation and curettage following delivery or abortion</p> <p>69.09 Other dilation and curettage Diagnostic D and C</p> <p>69.5 Aspiration curettage of uterus Excludes: menstrual extraction (69.6)</p> <p>69.51 Aspiration curettage of uterus for termination of pregnancy Therapeutic abortion NOS</p> <p>69.52 Aspiration curettage following delivery or abortion</p> <p>69.59 Other aspiration curettage of uterus</p>
5	<i>Esophagogastric varices</i> (Esophageal varices, Gastric varices)	<p>42.33 Esophageal varices by endoscopic approach Control of esophageal Bleeding by endoscopic approach</p> <p>43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach</p> <p>44.4 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding</p>
6	Esophageal Stricture	<p>44.2 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site</p>

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic ablation of tumor of large intestine
9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	51.10 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP] 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy
		51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
10	<i>Pancreatic duct stone</i>	52.13 Endoscopic retrograde pancreatography (ERP) 51.82 Pancreatic sphincterotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct 52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct
11	<i>Bile duct stricture</i>	51.10 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP] 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
12	Pancreatic duct stricture	52.13 Endoscopic retrograde pancreatography (ERP) 51.82 Pancreatic sphincterotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 51 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

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

หมายเหตุ * ข้อมูลประชากรจากสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

** ฐานข้อมูล TBCM ณ วันที่ 11 กันยายน 2560 กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค สำนักวัณโรค

***อาจมีการปรับเปลี่ยนเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

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

หมายเหตุ

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

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

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

หมายเหตุ

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

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2 ปี ย้อนหลัง				ค่าเฉลี่ย	ค่าเป้าหมายอัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (%)	
	2558	2559					2561
		Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59			
ประเทศ	8.01	8.17	8.30	7.36	8.0	≤ 5	
1 เชียงใหม่	13.64	14.74	12.47	13.54	13.6	≤ 12.6	
2 พิษณุโลก	10.71	13.20	12.62	10.11	11.7	≤ 7	
3 นครสวรรค์	11.73	11.99	11.97	8.73	11.1	≤ 7	
4 สระบุรี	6.02	6.63	6.91	5.85	6.4	≤ 5	
5 ราชบุรี	8.07	8.27	8.86	6.12	7.8	≤ 5	
6 ชลบุรี	6.34	6.67	5.80	7.06	6.5	≤ 5	
7 ขอนแก่น	7.78	8.35	9.40	7.72	8.3	≤ 5	
8 อุดรธานี	6.91	7.29	7.25	7.65	7.3	≤ 5	
9 นครราชสีมา	6.65	6.95	8.32	6.64	7.1	≤ 5	
10 อุบลราชธานี	8.50	8.23	8.67	6.75	8.0	≤ 5	
11 นครศรีธรรมราช	10.15	9.27	9.37	8.72	9.4	≤ 5	
12 สงขลา	7.57	6.01	7.06	5.61	6.6	≤ 5	
13 สปกม.	2.96	3.54	3.14	3.25	3.2	≤ 5	

หมายเหตุ

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

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราการไอ้รอกและไม่มีผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราการไอ้รอกและไม่มีผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2 ปี ย้อนหลัง				
	2558	2559			ค่าเฉลี่ย
		Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59	
ประเทศ	6.8	5.8	7.9	10.5	7.8
1 เชียงใหม่	5.4	3.5	5.1	6.0	5.0
2 พิษณุโลก	0.9	1.2	1.7	3.9	1.9
3 นครสวรรค์	5.3	2.3	3.2	3.3	3.5
4 สระบุรี	6.7	5.2	7.9	10.2	7.5
5 ราชบุรี	5.5	4.5	6.7	9.2	6.5
6 ชลบุรี	5.2	6.3	6.1	10.4	7.0
7 ขอนแก่น	6.4	2.8	4.2	5.1	4.6
8 อุดรธานี	10.1	10.4	12.9	10.0	10.9
9 นครราชสีมา	4.6	3.4	5.7	8.7	5.6
10 อุบลราชธานี	5.3	1.9	4.5	6.1	4.4
11 นครศรีธรรมราช	4.2	2.4	3.0	5.9	3.9
12 สงขลา	3.6	3.7	6.0	8.4	5.4
13 สปคม.	21.3	26.1	28.1	40.5	29.0

หมายเหตุ

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

เอกสารประกอบ

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

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2560	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การจัดบริการ อาชีวอนามัย	การจัดบริการเวช กรรมสิ่งแวดล้อม
สคร. 1	เชียงราย	เชียงรายประชานุเคราะห์		✓	✓
			แม่สาย	✓	✓
			เชียงแสน	-	-
			เชียงของ	✓	✓
สคร. 2	ตาก	แม่สอด			
			พบพระ	-	-
			แม่ระมาด	-	-
สคร. 5	กาญจนบุรี	พหลพลพยุหเสนา		✓	✓
สคร. 6	ตราด	ตราด		✓	✓
			คลองใหญ่		
	สระแก้ว	สระแก้ว		✓	-
		อรัญประเทศ			
		วัฒนานคร	-	-	
สคร. 8	หนองคาย	หนองคาย		✓	✓
			สระใคร	-	-
	นครพนม	นครพนม		✓	✓
			ท่าอุเทน	-	-
สคร. 10	มุกดาหาร	มุกดาหาร		✓	✓
			ห้วยใหญ่	✓	✓
			ดอนตาล	-	-
สคร. 12	สงขลา	หาดใหญ่		✓	✓
			สะเดา	-	-
	นราธิวาส	นราธิวาสราชนครินทร์		✓	✓
			สุไหงโกลก	✓	✓
			ตากใบ	✓	✓

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2560	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การจัดบริการ อาชีวอนามัย	การจัดบริการเวช กรรมสิ่งแวดล้อม
				แฉ่ง	-
			ยี่งอเฉลิมพระเกียรติ	✓	✓
รวม (แห่ง)	10	12	15		

**เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป**

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆในพื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบการแรงงานในระบบ ประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) และการจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหาร คนปัจจุบัน หรือระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ และการจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เกี่ยวข้องโดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ				
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีว-อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายตามบริบทของพื้นที่	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติ แผนงานระยะ 3-5 ปี (กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบการ ประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล เสนอแนะ (พิจารณาให้ข้อเสนอแนะจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีว-อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
03	การติดตามประเมินผล โครงการพัฒนาคลินิกโรค จากการทำงานของ โรงพยาบาล (Clinic)	มีหลักฐานแสดงการส่งรายงานผลการ ดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน และดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ โครงการ	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิก โรคจากการทำงาน - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก โรคจากการทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่ง รายงานฉบับสมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด - มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ โครงการครบทุกข้อ		
03	การติดตามประเมินผล แผนงาน/โครงการทางด้าน อาชีวอนามัย (Non Clinic)	มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินตาม ตัวชี้วัด อย่างน้อย 1 โครงการที่เป็นโครงการ High light หรือโครงการจุดเน้น	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะ ติดตาม - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น รายไตรมาส - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อ ใช้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
04	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับ การจัดบริการอาชีวอนามัย ตามกรอบงานของกระทรวง สาธารณสุข	มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตาม คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และครบจำนวน	0	- ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมออกมา ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข หรือจำนวนตามข้อเสนอของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (ผ่านการอบรม หลักสูตรอาชีว- เวชศาสตร์ 2 เดือน หรือ อนุมัติบัตร หรือวุฒิบัตรสาขาเวชกรรมป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์) อย่างน้อย 1 คน</p> <p>- พยาบาลอย่างน้อย 3 คน และผ่านการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติเฉพาะทาง อาชีวอนามัย หลักสูตร 4 เดือน อย่างน้อย 1 คน</p> <p>- นักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย/ อนามัยสิ่งแวดล้อม หรือปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตร์/สิ่งแวดล้อมที่ผ่านการ อบรมทางอาชีวอนามัยพื้นฐาน อย่างน้อย 1 คน)</p> <p>- แพทย์/พยาบาล/นักวิชาการต้องผ่านการ อบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่าง น้อย 1 คน</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>- มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวช กรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวง สาธารณสุข</p> <p>- มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตาม คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล, นักวิชาการ)</p> <p>- มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมี บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตาม คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และจำนวนครบ ตามกรอบโครงสร้างข้อเสนอของกรมควบคุม โรคกระทรวงสาธารณสุข</p>		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
05	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (เข้าประชุม หรือรับการอบรมที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ หรือศึกษาต่อ) ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและมีบุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		(สอบทวนเอกสาร)
06	การจัดการความรู้ด้านงานอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีเอกสารแสดงหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ (KNOWLEDGE MANAGEMENT) ด้านการจัดการบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ รวมทั้งมีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี อย่างเช่น รายงานการทำ After Action Review :AAR) เช่น ทำ AAR หลังซ้อมดับเพลิง , case study , สนทนาสนทนา(Dialogue) , ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) , เรื่องเล่าเร้าพลัง (Story tell) ฯลฯ และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดการบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
07	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัย และ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการศึกษาวิจัย หรือการทำ R2R หรือ การ สร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายใน หรือภายนอกโรงพยาบาลในขั้นตอนใดขั้นตอน หนึ่งของกระบวนการศึกษาวิจัย หรือการ ศึกษาวิจัยโดยกลุ่มงานเอง และมีการเผยแพร่ ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวที วิชาการ ในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดย นำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
08	การทำงานร่วมกับเครือข่าย ภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนา งานอาชีวอนามัย ความ ปลอดภัยและ สภาพแวดล้อมการทำงาน ระดับจังหวัด และเวช ศาสตร์สิ่งแวดล้อม	เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่าย ภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงาน และงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการ ทำงานระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด: อสจร. (ตาม พรบ.การ สาธารณสุข พ.ศ. 2535) หรือคณะกรรมการ	0 1 2	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมใน พื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับ เครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		อื่นๆที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดประชุม หรือ เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีเอกสารแสดงว่างานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัด หรือ ยุทธศาสตร์ของจังหวัด	3	- มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด		
09	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่ายสนับสนุนบุคลากรในการร่วม ออกปฏิบัติงานเพื่อให้ รพช.เกิดการดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม(มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงาน/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และมีรายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ วินิจฉัยรักษาโรคจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม) พร้อมทั้งมีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. ในเครือข่าย	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพช. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุน รพช. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อการ บริหารจัดการความเสี่ยงจาก การทำงาน	มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและประเมิน ความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรใน โรงพยาบาล โดยใช้แบบ RAH 01 หรือ แบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับ ความเสี่ยงในทุกแผนก พร้อมจัดทำแผน บริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมทั้งมีเอกสาร การประเมิน ติดตาม และสรุปผลการ ดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล ให้รับทราบผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การ ประชุม LINE เป็นต้น	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุก แผนกในโรงพยาบาล -มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการ ประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหาร จัดการความเสี่ยง -มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการ ดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร		
11	การควบคุมคุณภาพการ ตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง จากการทำงาน	มีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสุขภาพตามปัจจัย เสี่ยงจากการทำงานที่ได้มาตรฐานของ กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรวิชาชีพ และ บุคลากร ที่ทำการตรวจตามแนวทางปฏิบัติดังกล่าว จะต้องผ่านการอบรมหรือการทดสอบความรู้ จากกระทรวงสาธารณสุข หรือ องค์กรวิชาชีพ หรือสถาบันทางวิชาการ ในรอบระยะเวลาไม่ เกิน 5 ปี	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการ ตรวจตามมาตรฐาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน -มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน ตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน -มีการตรวจสุขภาพฯ โดยบุคลากรที่ผ่านการ อบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จาก		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				กระทรวงสาธารณสุข องค์การวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ		
12	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน กำหนดหน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	มีผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ และมีหลักฐานแสดงแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม หรือเฝ้าระวังสุขภาพ ที่สอดคล้องกับผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ -มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
13	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อ และแผนกของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิดตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส	0 1 2	-ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว	3	-มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิด และครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		
14	การควบคุมคุณภาพการเก็บส่งส่งตรวจทางชีวภาพและการรายงานผลการตรวจตามหลักวิชาการ	มีการเก็บส่งส่งตรวจทางชีวภาพ การนำส่งตัวอย่างทางชีวภาพทั้งกลุ่มบุคลากรทางแพทย์ในโรงพยาบาล และผู้ประกอบการอาชีพภายนอก (เพื่อวิเคราะห์หาสารเคมี/เมตาโบไลต์ของสารเคมีในเลือด ปัสสาวะ ฯลฯ) ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เช่น ISO/IEC 17025, ISO 15189, มาตรฐานสมาคมเทคนิคการแพทย์ ฯลฯ โดยมีเอกสารอ้างอิงหรือแนวทางทางวิชาการที่ใช้ รวมทั้งมีเอกสารรับรองมาตรฐานคุณภาพของห้องปฏิบัติการทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บส่งส่งตรวจทางชีวภาพ -จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการเพื่อจัดเก็บ นำส่ง ส่งส่งตรวจทางชีวภาพ และรายงานผล -มีการเก็บส่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน -มีการเก็บส่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ		
15	การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและ	มีรายงานสถานการณ์ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจสุขภาพทั่วไปและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานแผนกเสี่ยง	0	-ไม่มีการจัดทำรายงาน		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	สภาพแวดล้อมการทำงาน ของบุคลากร	วิเคราะห์และเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน สุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี โดยอาจพิจารณา ใช้ตามแบบ RAH 06 ของสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพฯ	1 2 3	-มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ ต่อเนื่อง 3 ปี -มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการ ตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกัน อย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน สุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน		
16	การจัดทำคู่มือ/แนวทาง ปฏิบัติงานเพื่อความ ปลอดภัยในการทำงาน สำหรับบุคลากรใน โรงพยาบาล	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย ในการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงการ ทบทวน ปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทาง ปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยอย่างน้อย 1 เรื่อง ปีละครั้ง	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงาน -มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงาน -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงาน -นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/ แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการ ทำงานให้เป็นปัจจุบัน		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
17	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	จัดทำ/ร่วมจัดทำแผน รวมทั้งการซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย เช่น มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ เตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสี ฯลฯ พร้อมทั้งสื่อสารแผนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน -ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล -มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
18	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนก-เสี่ยง แต่ยังไม่ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับ ปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
19	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR) ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร IFR = (จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ในช่วงเวลาที่กำหนดตามปีปฏิทิน/ จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในช่วงเวลาเดียวกัน) x1,000,000 หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ ทั้งหยุดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: การคิดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE)	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร) IFR = $\frac{X * 1,000,000}{1,680 * \text{จำนวนบุคลากร}}$
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10-19 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\left\{ \frac{(X)}{30} \right\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริหารอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริหารอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน						
20	การเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เช่น แบบสำรวจสถานประกอบการของสำนักโรคจาก	0 1	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		การประกอบอาชีพฯ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยง พร้อมทั้งมีรายงานสรุปที่แสดงถึงการให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการบริหารจัดการความเสี่ยงแก่สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน เสนอแนะ (พิจารณาการสำรวจสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเป็นแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	2 3	-มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง -ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถานประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง		
21	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	มีรายงาน หรือหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหรือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ เป็นต้น	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและโปรแกรมที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่ สงสัยโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการอาชีว อนามัยของโรงพยาบาล	มีแนวปฏิบัติให้สถานประกอบการมีการคัด กรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการ ทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล มีการสนับสนุนสถานประกอบการในการคัด กรอง ส่งต่อ ๆ เช่น การจัดประชุม/อบรมการ วิธีการดำเนินงานคัดกรองส่งต่อ โดยมีรายชื่อ สถานประกอบการ และเอกสารแสดงจำนวน ลูกจ้างที่สถานประกอบการส่งตัวมาเพื่อการ วินิจฉัย/รักษาโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	-ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน -มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่ สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการ ของโรงพยาบาล -มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัด กรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการ ทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง -มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน- ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการ ประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร)
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการดำเนินงาน จัดบริการอาชีว-อนามัย	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้าน อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น แรงงานในระบบ และหรือ แรงงานนอกระบบ โดยข้อมูลพื้นฐานควรประกอบด้วย	0 1 2	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว อนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวนา มัยสำหรับผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่ นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในแผนกต่างๆ สภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร เป็นต้น - ข้อมูลพื้นฐานผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ประเภทกิจการ ที่ตั้ง จำนวน ขนาดของสถานประกอบการ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่งคุกคามหลักๆ - จำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ กลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น <p>เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะในการรวบรวมข้อมูลแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)</p>	3	- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ คลอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ		
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพ	มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 1 โครงการ (การเฝ้าระวังทางสุขภาพคือ การเฝ้าระวัง	0	-ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ของลูกจ้างในสถาน- ประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่	ผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่น การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้า ระวัง สิ่งคุกคาม อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ) โดย มีการวิเคราะห์และจัดทำรายงานการเฝ้าระวัง สุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม (เฝ้าระวังกลุ่มผู้ประกอบอาชีพภายนอก)	1 2 3	-มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหา สำคัญในพื้นที่ -จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้า ระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็น ปัญหาสำคัญในพื้นที่ -วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่าง น้อย 3 ปี		
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงานและโรคจาก สิ่งแวดล้อม	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุ ทั้งภายในและหรือภายนอกโรงพยาบาล โดย มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและ เผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ. และหน่วยอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้อง ผ่านช่องทางต่างๆ เช่นการประชุม คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการ วารสาร เว็บไซต์ ฯลฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุม โรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุ ภายในและภายนอกโรงพยาบาล -มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายใน หรือนอกโรงพยาบาล -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและ เผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ. และหน่วยอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
26	จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน</u>		(สอบทวนเอกสาร)
27	จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยแต่ละปีเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน	0 1 2	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการอาชีวอนามัย <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการอาชีวอนามัย <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	-จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ อาชีวอนามัย <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวน</u> <u>สถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน</u>		
28	การจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกันในสถาน ประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร	มีหลักฐาน เอกสารแสดงถึงคุณภาพการดำเนินงาน จัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถาน ประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุม ประเด็นสำคัญดังนี้ -การเดินทางสำรวจ การประเมิน การจัดระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและการให้ข้อเสนอแนะในการจัดการ บริหารจัดการความเสี่ยง -การจัดทำรายการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงให้ เหมาะสมกับความเสี่ยง และมีการจัดบริการตรวจสอบสุขภาพ (ทั่วไปและตามปัจจัยเสี่ยง) โดยมีการวิเคราะห์ผลการ ตรวจสอบสุขภาพดังกล่าว -การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีวอนามัยและความ ปลอดภัยกับการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้เหมาะสม กับสภาวะสุขภาพและความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อม การทำงาน	0 1 2 3	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถาน ประกอบการ หรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ ครอบคลุมประเด็น -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร อย่างน้อย 2 แห่ง -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร 6 แห่งขึ้นไป		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		-การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรองหรือส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน มายังโรงพยาบาล -การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงานบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Return to Work เช่น การกำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน				
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20-28 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ						
29	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวนประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2	-ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะ พิจารณาการจัดทำแนวทางการ เข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและควรมีล่ามเพื่อสื่อ ภาษาในกรณีมีการให้บริการแรงงานต่างด้าว จำนวนมาก)	3	-มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการ เข้า ถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม		
30	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ พื้นฐาน (เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น และ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด) ที่ได้มาตรฐาน พร้อมใช้งานครบทุกตัว และได้รับการสอบ เทียบจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตาม ระยะเวลา โดยต้องมีเอกสารรับรองการสอบ เทียบของเครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน สอบเทียบอย่างน้อย 2 ปี/ครั้ง สำหรับ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอดจะต้องมีอุปกรณ์ สำหรับการปรับเทียบความถูกต้องก่อนการใ้ งานทุกครั้ง (กระบอกสูบล้างเทียบ)	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และ ได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
31	เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัด ระดับความดังเสียง และเครื่องวัดระดับความ ร้อน (ดัชนี WBGT)) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้ งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบกับ หน่วยงานภายนอกที่ได้รับการรับรอง ตาม ระยะเวลาอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง หรือตาม คู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสาร รับรองการสอบเทียบ	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และ ได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
32	การควบคุมคุณภาพการ ตรวจประเมินสภาพแวดล้อม การทำงาน เป็นไปตาม มาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตาม หลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้ มาตรฐาน เช่น <u>คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีวสุข ศาสตร์ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ ๗ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสาร วิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากรจาก หน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือ ผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวง</u>	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน ตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจาก หน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวง สาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน ตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากร		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		สาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีพอนามัย และความปลอดภัย		ที่มีคุณวุฒิสาขาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย		
33	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการอาชีพ-อนามัย เสนอแนะ (จัดบริการอาชีพอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าวแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	-ไม่มีการคัดกรอง -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
34	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐานแสดงการบันทึกรายงานข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง และรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานประกอบอาชีพฯของสำนักโรคจากการทำงาน	0 1	-ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน -มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัยรักษาโรคจากการทำงานประกอบอาชีพฯและสิ่งแวดล้อม		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดยมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	2 3	-มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัยตามที่กำหนดไว้ -มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ		
35	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิดของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
36	การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน	มีแนวปฏิบัติการและการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพโดยมีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนของผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน โดยมีรายงานการ	0 1 2	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ -มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง ในรอบระยะเวลา 3 ปี	3	-ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายและเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย		
37	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work) ในบุคลากรโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัดฯ ในการประเมินเบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย ภายหลังการกลับเข้าทำงาน (ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน -มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ -มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
38	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน/สถานประกอบการ	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุทั้งจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการติดตามที่บ้าน หรือสถานประกอบการ จากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล	0 1 2	-ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง -มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		และในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมารับการรักษาต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบอาชีพภายนอก รพ. อาจ ดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	3	-มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
39	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความ พึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมา ปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิง รุกเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงาน จัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึง พอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิง รุก เชิงรับ -มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการ ให้บริการอาชีวอนามัย		(สอบทวนเอกสาร)
40	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับ การซักประวัติเพื่อคัดกรอง โรคจากการทำงาน และโรค จากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรอง โรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม ด้วยการซักประวัติตามแบบฟอร์ม เพิ่มขึ้นเมื่อ เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และ จะมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับ การคัดกรองโรคจากการทำงาน	0 1	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ลดลง เมื่อเทียบกับปี ที่ผ่านมา		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			2	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา		
			3	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อ เพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน</u>		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29-40 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{ (X)/36 \} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
41	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่ อาจได้รับผลกระทบต่อ สุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรอง ผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อติดตาม/เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อ เพื่อการรักษา (พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	0 1 2	-ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาใน พื้นที่ -มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่ กำหนด		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	-มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองและคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
42	การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวข้อง	มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย และทำการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง และมีการสรุปหรือบันทึกผลการติดตามผู้ป่วย	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน -สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ		
43	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/	0 1 2	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	3	-มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป		
44	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้มาจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ และข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุข หรือจากฐานข้อมูล ICD10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง หรือระบบรายงานอื่นๆ - มีการจัดทำแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
45	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจาก	มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสาร ความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม	0	-ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	มลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ ประชาชน บุคลากร และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ การป้องกันและแก้ไขปัญหา	โรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสาร ความเสี่ยง การจัดนิทรรศการ ตลอดจนการ สื่อสาร ผ่านสื่อต่างๆ พร้อมทั้งมีการสรุปและ ประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง และปรับปรุง กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย	1 2 3	-มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความ เสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง -มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ ที่เกี่ยวข้อง -มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือ ความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสาร ความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย		
46	การจัดเตรียมความพร้อมใน การรองรับภาวะฉุกเฉินด้าน มลพิษสิ่งแวดล้อมตามความ เสี่ยงในพื้นที่	มีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับ ภาวะฉุกเฉิน เช่นปัญหาหมอกควัน ปัญหา สารเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงานเกิดเพลิง ไหม้ ฯลฯ และมีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/ เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัย ส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อ ผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูล สืบค้นสารเคมี ฯลฯ รวมทั้งมีการซ้อมแผน (ที่ เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อย่างใดอย่างหนึ่ง) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมใน การรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้าน มลพิษสิ่งแวดล้อม -ฝึกซ้อม หรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อ เตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปี ละหนึ่งครั้ง -จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับ หน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการ ฝึกซ้อมนั้น		
47	การมีส่วนร่วมใน กระบวนการจัดทำหรือร่วม	มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วม ดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการ	0	- ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อ การประเมินผลกระทบฯ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็น ปัญหาสุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม ในพื้นที่ รับผิดชอบ	ประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม /เหตุร้องเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ ในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น สนับสนุนข้อมูลสุขภาพ หรือ เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็น ฯลฯ โดย พิจารณาจากหลักฐานต่างๆ เช่น หนังสือเชิญ เข้าร่วมประชุม/ให้ความเห็น หรือ ภาพถ่าย กิจกรรม หรือหนังสือขออนุญาตข้อมูล สุขภาพของประชาชนจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อ ใช้ประกอบการประเมิน EIA/EHIA/HIA หรือ ใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม/เหตุร้องเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ ในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมมีการสรุปข้อมูลการ ดำเนินงานที่สำคัญของแต่ละกิจกรรมที่ได้ ดำเนินงานในทะเบียนหรือบันทึกข้อมูล กิจกรรม	1 2 3	- มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะ สุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทนของโรงพยาบาล เป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดการ ปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูล ด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจจะ เกิดขึ้นจากการประกอบกิจการ หรือร่วม ดำเนินการจัดการประเด็นปัญหา/เฝ้าระวัง สุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการ สนับสนุนข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่เข้าร่วมเพื่อ จัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม		
48	การวิเคราะห์และสรุปข้อมูล การเจ็บป่วยและผลกระทบ ต่อสุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก	มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้าน สุขภาพที่มีผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยง ระหว่าง ข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษ สิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน	0 1 2	-ไม่มีการรวบรวมข้อมูล -มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้าน สุขภาพที่มีผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูล เชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		หมายเหตุ : ให้พิจารณากรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลไม่ถึง 3 ปี แต่มีการวิเคราะห์เชื่อมโยงหาสาเหตุเพื่อจัดการปัญหาได้ ก็ให้อยู่ในดุลพินิจของกรรมการตรวจประเมิน	3	ข้อมูลมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดในแผนการรวบรวมข้อมูล อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน -มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41-48 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{ (X)/24 \} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

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

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

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

*** หมายเหตุ**

การแบ่งระดับโรงพยาบาลภายหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

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

ระดับ ดี

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

ระดับ ดีมาก

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

ระดับ ดีเด่น

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

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

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

เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

คำชี้แจง

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆในพื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบอาชีพแรงงานในระบบ ประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหารคนปัจจุบัน หรือระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ติตบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายการจัดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		

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

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับ การพัฒนาศักยภาพ		
05	การจัดการความรู้ด้าน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	มีเอกสารแสดงหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ (KNOWLEDGE MANAGEMENT) ด้านการจัดบริการอา ชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ รวมทั้งมี การจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และ มีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี อย่างเช่น รายงาน การทบทวนหลังการทำงาน(After action review: AAR) หลังซ้อมดับเพลิง , case study, สุนทรียสนทนา (Dialogue), community of practice (CoP) ชุมชนนัก ปฏิบัติ หรือ เรื่องเล่า ไร้พลัง(Story telling) ฯลฯ และมี การถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการ องค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ สำคัญ - มีการจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จาก การจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะ วิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทาง ต่างๆ		
06	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัย และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการศึกษาวิจัย หรือการทำ R2R หรือ การ สร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายใน หรือภายนอกโรงพยาบาลในขั้นตอนใดขั้นตอน หนึ่งของกระบวนการศึกษาวิจัย หรือการศึกษา วิจัยโดยกลุ่มงานเอง และมีการเผยแพร่ผลงาน	0 1	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		การศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	2 3	- มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีพอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์- สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
07	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีพอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมการทำงาน และการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด หรืออำเภอ	เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีพอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการทำงาน ระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) หรือคณะทำงานอื่น ๆ ที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีพอนามัย โดยมีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุม คณะทำงานอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีเอกสารแสดงว่างานอาชีพอนามัยเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัดหรืออำเภอ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่ายอาชีพอนามัยฯ ในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีพอนามัยอย่างน้อยปีละ <u>3 ครั้ง</u> - มีการกำหนดงานอาชีพอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
08	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย สนับสนุนบุคลากรในการร่วมออกปฏิบัติงาน เพื่อให้ รพ.สต.เกิดการดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงาน/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและมีรายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ วินิจฉัยรักษาโรคจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม) พร้อมทั้งมีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. ในเครือข่าย	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุนรพ.สต. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-08 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100$	=.....%	
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
09	คณะกรรมการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของโรงพยาบาล	มีหลักฐานแสดงการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานและมีการรายงานการประชุมคณะกรรมการฯโดยมีวาระ/มติ ที่เป็นข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	0 1	- ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			2	- คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุมโดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีวอนามัยฯ		
			3	- คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีข้อเสนอแนะ/มติ /การติดตามผลการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย		
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง จากการทำงาน	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล เช่น แบบ RAH 01 หรือแบบฟอร์มอื่นๆที่แสดง ข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยงในทุกแผนก พร้อมทั้งมีรายงาน หลักฐานที่แสดงถึงการสื่อสาร ความเสี่ยง หรือให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการจัดการความเสี่ยงนั้นๆ แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการนำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาลให้รับทราบ	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล - มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร		
11	การตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน แก่หน่วยงานในโรงพยาบาล ด้วยเครื่องมืออาชีวสุข-ศาสตร์	มีผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ และมีหลักฐานแสดงแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม หรือเฝ้าระวังสุขภาพ ที่สอดคล้องกับ ผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1	- ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ - มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัด สภาพแวดล้อมการทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			2	- มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน		
			3	- นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
12	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อ และแผนของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิด ตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว	0 1 2 3	- ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคน รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรมภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีพอนามัย		
15	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงผลการประเมินการใช้คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน และหลักฐานแสดงการทบทวน ปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยอย่างน้อย 1 เรื่อง ในรอบปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย - นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน		
16	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย	มีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ และจัดทำ/ร่วมจัดทำแผน รวมทั้งการซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอา	0 1 2	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล - ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ชีวอนามัย และความปลอดภัย เช่น มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ ฯลฯ	3	- ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล		
17	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไป ครอบคลุมทุกแผนก		
18	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR) ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร $IFR = (\text{จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ในเวลาที่กำหนดตามปีปฏิทิน} / \text{จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในเวลาเดียวกัน}) \times 1,000,000$	0 1	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ที่หยุดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: การคิดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE)	2	- อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		
			3	- อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09 -18 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\%$		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการ/สถานประกอบการ						
3.1 กระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน						

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

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีว- อนามัยฯโดยมีการประเมินและปรับปรุง กระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ		
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่ สงสัยโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการอาชีว- อนามัยของโรงพยาบาล	มีแนวปฏิบัติให้สถานประกอบการมีการคัด กรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล มีการ สนับสนุนสถานประกอบการในการคัดกรอง ส่ง ต่อ ๆ เช่น การจัดประชุม/อบรมการวิธีการ ดำเนินงานคัดกรองส่งต่อ โดยมีรายชื่อสถาน ประกอบการ และเอกสารแสดงจำนวนลูกจ้างที่ สถานประกอบการส่งตัวมาเพื่อการวินิจฉัย/ รักษาโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่ง ต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล - มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิด โรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการ ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง สถานประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุง ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง		
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้าน อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น แรงงาน	0	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ด้านอาชีวอนามัย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	สำหรับการดำเนินงาน จัดบริการอาชีวอนามัย	ในระบบ และหรือ แร่งงานนอกระบบ โดย ข้อมูลพื้นฐานควรประกอบด้วย - ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของ โรงพยาบาล จำนวนบุคลากร สิ่งคุกคามต่อ สุขภาพในแผนกต่างๆ สภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาล สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคและ การบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร เป็นต้น - ข้อมูลพื้นฐานผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ใน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ประเภท กิจการ ที่ตั้ง จำนวน ขนาดของสถาน ประกอบการ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่ง คุกคามหลักๆ - จำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความ รับผิดชอบ กลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น	1 2 3	- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้าน อาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรใน โรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้าน อาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ กลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากบุคลากรใน โรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้าน อาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ		
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและ การเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม สุขภาพของลูกจ้างในสถาน ประกอบการ/สถานที่	มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่เป็น ปัญหาสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 1 โครงการ (การเฝ้าระวังทางสุขภาพคือ การเฝ้าระวัง ผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่น การ ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้าระวัง	0 1	- ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้า ระวังสิ่งคุกคาม - มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็น ปัญหาสำคัญในพื้นที่		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่	สิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ) โดยมีการวิเคราะห์และจัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม	2 3	- จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการ เฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี		
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุทั้งภายในและหรือภายนอกโรงพยาบาล โดยมีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการ วารสาร เว็บไซต์ฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน - มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
26	จำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงานที่ได้รับการ จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนสถานประกอบการที่ ได้รับบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อ เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการ ดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงาน	0 1 2 3	-จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัย <u>ลดลงเมื่อเทียบกับ</u> ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัย <u>เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ</u> ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการ ดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถาน ประกอบการ/สถานที่ทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
27	การจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกันใน สถานประกอบการหรือ สถานที่ทำงานครบวงจร	มีหลักฐาน เอกสารแสดงถึงคุณภาพการ ดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย ด้าน ส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุม ประเด็นสำคัญดังนี้ - การเดินสำรวจ การประเมิน การจัด ระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและ การให้ข้อเสนอแนะในการจัดการบริหาร จัดการความเสี่ยง - การจัดทำรายการตรวจสอบสุขภาพตาม ปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสมกับความเสี่ยง และ มีการจัดบริการตรวจสอบสุขภาพ(ทั่วไปและ ตามปัจจัยเสี่ยง) โดยมีการวิเคราะห์ผล การตรวจสอบสุขภาพดังกล่าว - การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีว อนามัยและความปลอดภัยกับการส่งเสริม สุขภาพองค์รวมให้เหมาะสมกับสภาวะ สุขภาพและความเสี่ยงจาก สภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1 2 3	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยใน สถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ ครอบคลุมประเด็น - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 1 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป		

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรองหรือส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน มายังโรงพยาบาล - การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงานบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Return to Work เช่น การกำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการประเมินที่โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน 				

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27(X) =		ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100$	=.....%	
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					
28	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ประเมิน และปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะ พิจารณาการจัดทำแนวทางการเข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและควรมีล่ามเพื่อสื่อภาษาในกรณีมีการให้บริการแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม		
29	การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ของสำนัก	0 1	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากรวิธีการตรวจตามมาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		โรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากร จากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจาก กระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอา ชีวนามัย และความปลอดภัย	2 3	- มีการตรวจสุขภาพฯ โดยบุคลากรที่ ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบ ความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กร วิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ - มีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐานที่ ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		
30	การควบคุมคุณภาพการ ตรวจประเมินสภาพ- แวดล้อมการทำงาน เป็นไป ตามมาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลัก วิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์ของ สำนัก โรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากร จากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจาก กระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอา	0 1 2	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อม การทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้ มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกอง วิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการ อบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวง สาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อม การทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้ มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาขา อาชีวนามัยและความปลอดภัย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ชีวอนามัย และความปลอดภัยและมีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัดระดับความดังเสียง และเครื่องวัดระดับความร้อน (ดัชนี WBGT)) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามระยะเวลาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตามคู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสารรับรองการสอบเทียบ	3	- มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		
31	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมและโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการอาชีวอนามัย เสนอแนะ (จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าวแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
32	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการ ทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐาน แสดงการบันทึกรายงานข้อมูลโรคจากการ ทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แพ้ม และ รายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบ อาชีพของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค รักษา โรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดย มีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค จากทำงาน - มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการ ทำงาน ตามแนวทางที่กำหนด - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงาน ตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวัง โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบ อาชีพ ของสำนักโรคจากการประกอบ อาชีพฯ - มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจาก สิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		
33	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสาน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจาก การทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิด ของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของ ผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรอบ ระยะเวลา 3 ปี	0 1 2	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงาน - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
34	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work) ในบุคลากรโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ โรงพยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัดฯ ในการประเมินเบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยภายหลังการกลับเข้าทำงาน (ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)	0 1 2 3	- ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ - มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม		
35	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจาก	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุ ทั้งจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการติดตามที่บ้าน หรือสถานประกอบการ จากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่	0 1	- ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	สิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน/สถานประกอบการ	เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมารับการรักษาต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบการอาชีพภายนอก รพ. อาจดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	2 3	- มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
36	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ - มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย		
37	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการชักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานด้วยการชักประวัติเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา	0	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		และและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน	1	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา		
			2	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา		
			3	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28-37 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
38	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อติดตาม/เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อเพื่อการรักษา (พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	0 1	- ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			2	- มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		
			3	- มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
39	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน - มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป		
40	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูล	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าว	0	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	ได้มาจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ และข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุข หรือจากฐานข้อมูล ICD10 ข้อมูลจาก 43 แพ้ม หรือระบบรายงานอื่นๆ - มีการจัดทำแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ	1 2 3	- มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
41	การสื่อสารความเสี่ยง ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสารความเสี่ยง การจัดนิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสาร ผ่านสื่อต่างๆ	0 1 2	- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง - มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		พร้อมทั้งมีการสรุปและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง และปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	3	- มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย		
42	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	มีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน เช่นปัญหาหมอกควัน ปัญหาระเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงาน เกิดเพลิงไหม้ ฯลฯ และมีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ รวมทั้งมีการซ้อมแผน (ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อย่างใดอย่างหนึ่ง) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม - ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง - จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ38-42 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

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

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลชุมชน

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	$(\text{คะแนนที่ได้}/24) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	$(\text{คะแนนที่ได้}/30) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	$(\text{คะแนนที่ได้}/27) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	10	30	$(\text{คะแนนที่ได้}/30) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15	$(\text{คะแนนที่ได้}/15) \times 100$	50%ขึ้นไป *
รวม	42	126		

*** หมายเหตุ**

การแบ่งระดับโรงพยาบาลภายหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

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

ระดับ ดี

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

ระดับ ดีมาก

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

ระดับ ดีเด่น

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

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้
ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

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

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 20
3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60
4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย
5.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขต หรือ มีน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย)
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย)
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย)

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 76 ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย

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

ที่มา : สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 80 ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ รายชื่อกฎหมายสำคัญที่เน้นในการบังคับใช้ ปีงบประมาณ พ.ศ.2560

1. คดีการให้บริการทางการแพทย์

2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ

- 2.1 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
- 2.2 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
- 2.3 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558
- 2.4 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
- 2.5 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551
- 2.6 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- 2.7 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- 2.8 พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอย

- 3.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

กฎหมายที่ต้องดำเนินการแปลเป็นภาษาอังกฤษในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 39 ฉบับ (กลุ่ม 4)	
ลำดับที่	ชื่อกฎหมาย
1	พระราชบัญญัติกาชาด พ.ศ. 2499
2	พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550
3	พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕
4	พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕
5	พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑
6	พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘
7	พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๔๒
8	พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๕๘
9	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
10	พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒
11	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558
12	พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑
13	พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
14	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒
15	พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
16	พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘
17	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

กฎหมายที่ต้องดำเนินการแปลเป็นภาษาอังกฤษในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 39 ฉบับ (กลุ่ม 4)	
ลำดับที่	ชื่อกฎหมาย
18	พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. ๒๕๓๓
19	พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑
20	พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕
21	พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘
22	พระราชบัญญัติองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๐๙
23	พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๘
24	พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528
25	พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
26	พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
27	พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙
28	พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕
29	พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544
30	พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547
31	พระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547
32	พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
33	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
34	พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556
35	พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556
36	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552
37	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันวัคซีนแห่งชาติ(องค์การมหาชน)พ.ศ. 25๕5
38	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543
39	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘

ภาคผนวก

ข

(แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและ

แบบรายงานตัวชี้วัด)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านมารดาและทารก

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

เป้าหมาย : 1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

1.1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ M1 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

1.2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอด
มาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการ สุขภาพของรัฐทุกระดับ ทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มี การคลอดมาตรฐาน (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

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

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

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน

แบบสรุปลงรายงานกิจกรรมส่งเสริมเด็กวัยเรียนสมส่วน

ลำดับ	ผลการดำเนินงาน																																						
1.	<p>1.ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>แผนงาน</th> <th>ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)</th> <th>ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ</td> </tr> <tr> <td>2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.2 เด็กผอม</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.3 เด็กเตี้ย</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2.กิจกรรมสำคัญ/กระบวนการดำเนินงาน : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">กระบวนการ</th> <th colspan="2">กิจกรรมสำคัญ</th> </tr> <tr> <th>ระดับจังหวัด</th> <th>ระดับอำเภอ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ</td> </tr> <tr> <td>2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.2 เด็กผอม</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.3 เด็กเตี้ย</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	แผนงาน	ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)	ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)	1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน			2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ			2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน			2.2 เด็กผอม			2.3 เด็กเตี้ย			กระบวนการ	กิจกรรมสำคัญ		ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ	1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน			2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ			2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน			2.2 เด็กผอม			2.3 เด็กเตี้ย		
แผนงาน	ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)	ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)																																					
1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน																																							
2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ																																							
2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน																																							
2.2 เด็กผอม																																							
2.3 เด็กเตี้ย																																							
กระบวนการ	กิจกรรมสำคัญ																																						
	ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ																																					
1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน																																							
2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ																																							
2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน																																							
2.2 เด็กผอม																																							
2.3 เด็กเตี้ย																																							
2.	<p>กิจกรรมรณรงค์และสื่อสารในพื้นที่</p> <p>1.ตีมนมจิตยึดความสูง จำนวน.....ครั้ง จำนวนโรงเรียน.....แห่ง จำนวนนักเรียน.....คน</p> <p>2.กิจกรรมทางกาย กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก จำนวน.....ครั้ง จำนวนโรงเรียน.....แห่ง จำนวนนักเรียน.....คน</p>																																						
3.	<p>1.ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ภาคเรียนที่ ปีการศึกษา</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)</th> <th>จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง (คน)</th> <th>ความครอบคลุม (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2.ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">สูงดีสมส่วน</th> <th colspan="2">เริ่มอ้วนและอ้วน</th> <th colspan="2">ผอม</th> <th colspan="2">เตี้ย</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)	จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง (คน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)				สูงดีสมส่วน		เริ่มอ้วนและอ้วน		ผอม		เตี้ย		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																
จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)	จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง (คน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)																																					
สูงดีสมส่วน		เริ่มอ้วนและอ้วน		ผอม		เตี้ย																																	
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																

ลำดับ	ผลการดำเนินงาน																																																
	<p>3. เปรียบเทียบภาวะโภชนาการ 2 ภาคเรียน</p> <p>3.1 สูงดีสมส่วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ H/A) ในคนเดียวกัน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)</th> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>3.2 ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H))</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)</th> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>3.3 ภาวะผอม (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H))</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)</th> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>3.4 ภาวะเตี้ย (ส่วนสูงตามเกณฑ์ส่วนสูง (H/A))</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)</th> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ					ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ					ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ					ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)																																															
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																														
ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)																																															
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																														
ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)																																															
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																														
ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)																																															
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																														
4.	<p>จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทโรงเรียน</th> <th>จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประถมศึกษา</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ประถมศึกษาขยายโอกาส</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทโรงเรียน	จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง)	ประถมศึกษา		ประถมศึกษาขยายโอกาส																																											
ประเภทโรงเรียน	จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง)																																																
ประถมศึกษา																																																	
ประถมศึกษาขยายโอกาส																																																	
5.	<p>1.จำนวนโรงเรียนมีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง obesity sign.....แห่ง พบเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง*.....คน</p> <p>2.จำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง (จากข้อ1.)*ได้รับการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขจำนวน.....คน (ระบุรายละเอียด)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รพศ./รพท. (คน)</th> <th>รพช. (คน)</th> <th>รพ.สต. (คน)</th> <th>คลินิก DPAC (คน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รพศ./รพท. (คน)	รพช. (คน)	รพ.สต. (คน)	คลินิก DPAC (คน)																																												
รพศ./รพท. (คน)	รพช. (คน)	รพ.สต. (คน)	คลินิก DPAC (คน)																																														

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของ Healthy Ageing
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านผู้สูงอายุ

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

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

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

.....

.....

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

วิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

1. เครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควรเป็นเครื่องวัดความดันโลหิตแบบวัดที่แขนด้วยวิธี

Oscillometric

2. สิ่งแวดล้อมในที่วัดความดันโลหิต

2.1 วัดความดันโลหิตในที่ที่สงบเงียบ อุณหภูมิกำลังสบาย

2.2 นั่งวัดบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1-2 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต

2.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ

2.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่คาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

2.5 แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

2.6 อาจพิจารณาพันแผ่นผ้าพันต้นแขนทับแขนเสื้อที่บางเท่านั้น ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นผ้าพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง

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

แบบบันทึกการบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน

ตารางบันทึกค่าความดันโลหิต

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

ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = mmHg

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

แบบรายงานตัวชี้วัด 1-1 ร้อยละของสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้ที่ได้รับการประเมินและพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ สกุล ผู้รายงาน โทร. e mail.....

วันที่รายงาน.....

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

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

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

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 : ร้อยละของสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ได้รับการประเมินและพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร. e-mail.....

วันที่รายงาน.....

วันที่เก็บตัวอย่าง

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

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

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

ผู้ประสานงานตามตัวชี้วัด: นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์/นางสาวรวรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทร. 0-2590-7030

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

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2

(ร่าง) แบบรายงานตัวชี้วัด 2 : ร้อยละของสถานที่ผลิตนมโรงเรียนได้รับการตรวจประเมินและสั่งเก็บตัวอย่างความเข้มข้นที่กำหนด				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร. e-mail				
วันที่รายงาน				
1. กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี				
เดือนที่	จำนวนสถานที่ผลิตที่ตรวจประเมินและเก็บตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการผลวิเคราะห์ (รายการ)
2/2560				
1/2561				
2. กิจกรรมเฝ้าระวังประจำเดือน				
เดือน	จำนวนสถานที่ผลิตที่เก็บตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการผลวิเคราะห์ (รายการ)
ต.ค.-60				
พ.ย.-60				
ธ.ค.-60				
ม.ค.-61				
ก.พ.-61				
มี.ค.-61				
เม.ย.-61				
พ.ค.-61				
มิ.ย.-61				
ก.ค.-61				
ส.ค.-61				
ก.ย.-61				
หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ / 02-590-7206.....				
นางสาวกนกนทร รัตนจันทร์ / นางสาวรวัญญา พูลสวัสดิ์ 0-2590-7030				

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

สรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

หน่วยงาน.....

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

ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายถึง กลุ่มประเภทผลิตภัณฑ์ที่เก็บ

รายการที่เก็บ หมายถึง รายการย่อยที่เก็บ เช่น IV Set, Suction เป็นต้น

หากสำนัก/กองใด ไม่แยกกลุ่มผลิตภัณฑ์ ก็สามารถใส่รายการย่อยที่เก็บได้เลย

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

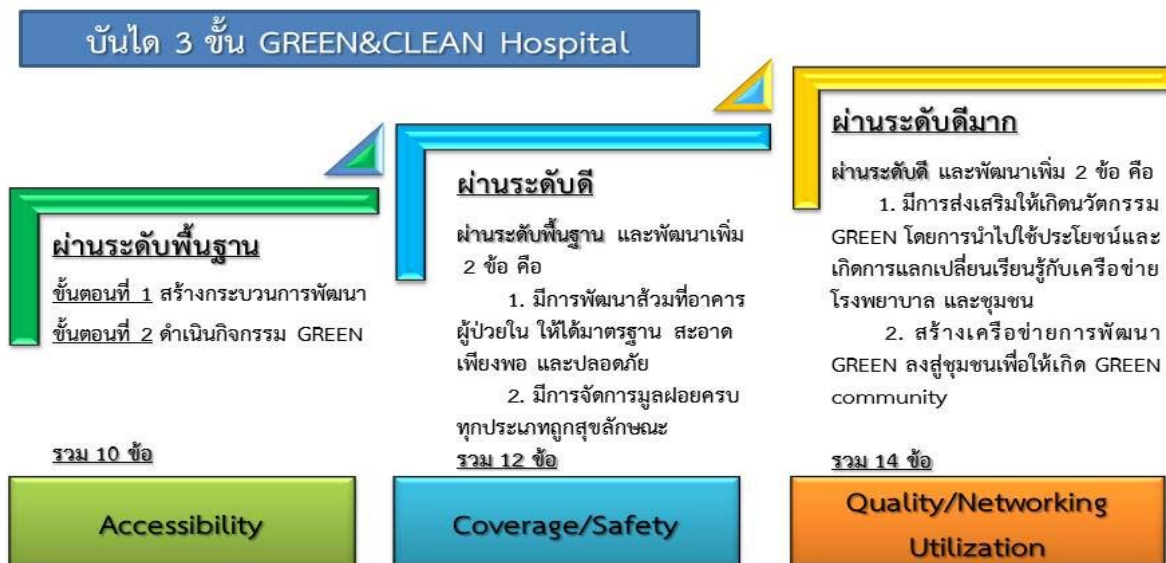
เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital

เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก

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

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

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



แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

ชื่อโรงพยาบาล

จังหวัด

ศูนย์อนามัยที่.....

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการพัฒนา					
	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร 2. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น 4. มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital 5. มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN					
ระดับพื้นฐาน					
G: Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	<p>โรงพยาบาลมีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยกำก้าจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 หัวข้อคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>บุคลากร</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 1.2. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2. <u>การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด 2.2. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม 3. <u>การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุ และการกีดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ 3.2. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็น 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>ถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม</p> <p>3.3. มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>3.4. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น</p> <p>3.5. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง</p> <p>3.6. ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>4. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>4.1. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน</p> <p>4.2. ใช้รถเข็นเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย</p> <p>4.3. มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>4.4. มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย</p> <p>5. <u>ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>5.1. มีพื้นและผนังทึบทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำ และมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้</p> <p>5.2. มีข้อความสีแดงที่รถว่า “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น”</p> <p>5.3. มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่ตกลงรถเข็น</p> <p>6. <u>สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>6.1. เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด</p> <p>6.2. พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค</p> <p>6.3. มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้ออย่างน้อย 2 วัน</p> <p>6.4. มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้</p> <p>6.5. มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย</p> <p>6.6. มีข้อความเป็นคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>7. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>7.1. กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง</p> <p>7.1.1. ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้</p> <p>7.1.2. ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน</p> <p>7.1.3. กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอย และห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้ตามลำดับหรือวิธีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำซึ่งต้องตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556</p> <p>7.2. กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้</p> <p>7.2.1. มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง</p> <p>7.2.2. มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556) และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
	<p>3 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยทั่วไปตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยทั่วไป 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย อย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ (รอนำไปกำจัด) 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุดที่รัดกุม และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไปอย่างชัดเจน 5. ล้างทำความสะอาดรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจในแต่ละวัน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค 6. ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป มีพื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 7. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวันเวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง 			

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


กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>เป็นประจำ</p> <p>ความเพียงพอ (Accessibility: A)</p> <p>10. จัดให้มีที่นั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์ และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่</p> <p>*ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548</p> <p>11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ</p> <p>ความปลอดภัย (Safety: S)</p> <p>12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ล้นตา/เปลี่ยว</p> <p>13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน</p> <p>14. ประตูที่จับเปิด - ปิด และที่ลื้อค้ำใน สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้</p> <p>15. พื้นห้องส้วมแห้ง</p> <p>16. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5 มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	<p>มาตรการประหยัดพลังงาน หมายถึง การใช้พลังงานไฟฟ้า พลังงานเชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆ อย่างประหยัด ยกตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า - การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส - การใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool) - ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล - รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด เป็นต้น <p>และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีมาตรการการดำเนินงานการประหยัดพลังงานที่ชัดเจน 2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน 3. มีการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่สอดคล้องกับนโยบาย 			
E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6 มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มีความสะดวกในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ยุง และปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศได้ดี 2. มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน เช่น กิจกรรม 5ส กิจกรรมสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place) เป็นต้น 3. มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>สิ่งแวดล้อม)</p> <p>4. การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น</p>			
	7 มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	<p>1. มีกิจกรรมให้ความรู้ โดยการสอน สาธิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ให้สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>2. จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดีและป้องกันบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)</p>			
NUTRITION (การจัดการ สุขาภิบาลอาหาร และการจัดการน้ำ บริโภคใน โรงพยาบาล)	8 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน	<p>สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บริเวณที่เตรียม - ประดูอาหาร สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักมูลฝอยหรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย 2. บริเวณที่เตรียม - ประดูอาหาร พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวรแข็งเรียบ มีสภาพดี และสะอาด 3. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเครื่องหมายแสดงการได้รับอนุญาตที่ถูกต้องของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เลขสารบอาหาร 13 หลัก) 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<ol style="list-style-type: none"> 4. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง 5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 6. การลำเลียงอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด 7. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่มีพิษภัย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาวหรือสีอ่อน 8. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อออกจากกัน 9. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรค อ่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และต้องมีท่อระบายน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี 10. ช้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด 11. ใช้ถังมูลฝอยสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>12. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม - ประุง ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วม</p> <p>13. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ</p> <p>14. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรคและโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้</p> <p>15. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน</p> <p>หากการจัดบริการอาหารในโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับพื้นฐาน 15 ข้อข้างต้นใน TOR และโรงพยาบาลควรให้คำแนะนำตามมาตรฐาน</p>			
	<p>9 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p>	<p>ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน 2. ไม่เตรียมปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น  เลขสารบบอาหาร หรือเครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)</p> <p>4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส</p> <p>5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิดวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p> <p>6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p> <p>7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p> <p>8. เชียงและมิด ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้</p> <p>9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิดเก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<ol style="list-style-type: none"> 10. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล 11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้งานได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา 12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม 13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบจำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด 14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร 15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภคโดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด 			
	<p>10 จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ 2. มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (๑11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีมีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ระดับดี					
	11 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูก สุขลักษณะ	<p>มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท โดยเพิ่มการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ณ แหล่งกำเนิด 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างชัดเจน 5. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวันเวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง 			
	12 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคาร ผู้ป่วยใน (IPD)	<p><u>อาคารผู้ป่วยใน (Ward)</u> หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และรวมถึงคลินิก/แผนกต่างๆ เช่น แผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรม แผนกสูติ - นรีเวช แผนกโรคผิวหนัง เป็นต้น</p> <p>อาคารผู้ป่วยในของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมประเทศไทย (HAS) ใน 16 ข้อ</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ระดับดีมาก					
	<p>13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</p>	<p>มีการสร้าง นวัตกรรม GREEN หมายถึง มีการทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีใหม่ๆ อาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การผลิต กระบวนการ หรือองค์กร หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - Product Innovation คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของที่แตกต่างกันจากรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN - Process Innovation คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการดำเนินงานตาม GREEN - Service Innovation คือ การนำความคิดและแนวทางการดำเนินงานด้านการบริการรูปแบบใหม่ๆ ที่ผ่านการคิดอย่างเป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ มาใช้เป็นแนวทางการสร้างการบริการที่แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ - Management Innovation คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสานการทำงานรูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ๆ ในการบริหารจัดการสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN 			

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

สรุปผลการประเมิน

ผ่านในระดับ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก

ต้องปรับปรุง (ข้อ

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้รับการประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

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

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
จังหวัด อย่างเป็นระบบ	เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาล อาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ	คือ..... 3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ(ได้แก่ ระบบ NEHIS/ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ลักษณะอื่นๆ)
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยง ต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ใน ประเด็น 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำ สถานการณ์ เป็นต้น)
1.4 การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ	มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน <u>และ/</u> <u>หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	- อธิบายวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และระบุประเด็นที่ ทำการเฝ้าระวังในพื้นที่ มีประเด็นอะไรบ้าง
1.5 มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล	มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง/ เตือนภัย นำเข้าที่ ประชุม อสจร. การใช้ข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น	- อธิบายวิธีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ว่าใช้ประโยชน์จาก ข้อมูลใด อย่างไร
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยง ต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ใน ประเด็น

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
		2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)
2. กลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.)		
2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	หน่วยงานมีกลุ่ม/ฝ่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มงานอื่นที่ได้รับมอบหมายงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือกฎหมายสาธารณสุข หรือมีคำสั่งมอบหมายให้รับผิดชอบงานฝ่ายเลขานุการ อสรจ.	กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด คือ.....
2.2 มีแผนการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีแผนการจัดประชุมฯ หรือโครงการที่แสดงถึงจำนวนครั้งการจัดประชุมกิจกรรม และงบประมาณการประชุม อสรจ. ที่เป็นปัจจุบัน	มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานการจัดประชุม อสรจ. คือ.....
2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีการดำเนินการตามแผนการจัดประชุม หรือโครงการ ตามข้อ 2.2 จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี หรือตามความเหมาะสม	กำหนดแผนการจัดประชุม.....ครั้งต่อไป และสามารถดำเนินการจัดประชุมได้.....ครั้งต่อปี (อธิบายปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน)
2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นทั่วไป หรือ ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของพื้นที่ หรือ ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ หรือประเด็นข้อกฎหมาย	มีข้อมูลนำเข้าที่ประชุมในวาระเพื่อพิจารณาในรูปแบบของเอกสาร หรือไฟล์ข้อมูล ให้ที่ประชุมประกอบการพิจารณาเพื่อมีมติต่อประเด็นดังกล่าว โดยข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นปัญหาพื้นที่เสี่ยง หรือประเด็นตามนโยบาย หรือประเด็นกฎหมาย <u>ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
	<p><u>ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ</u> เช่น ประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลักคือ</p> <p>1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเล็กทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ 3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)</p> <p><u>ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น</p> <p><u>ประเด็นกฎหมาย</u> เช่น 1) การออกข้อกำหนดท้องถิ่น/ใบอนุญาต/หนังสือรับรองการแจ้ง/การออกคำสั่งทางปกครอง/การเปรียบเทียบและดำเนินคดี 2) การจัดการเหตุรำคาญ 3) หรือปัญหาข้อกฎหมาย เช่น การตีความ/อำนาจการบังคับใช้/อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น</p>	
<p>2.5 มีมติและติดตามจากที่ประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p>	<p>1) มีมติจากที่ประชุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัด</p> <p>2) ฝ่ายเลขานุการ มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจากมติจากการประชุม</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>
<p>2.6 มีการรายงานการประชุม</p>	<p>มีการสรุปรายงานผลการประชุม และส่งข้อมูลให้แก่ศูนย์อนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อสรุปในภาพรวมของศูนย์อนามัยต่อไปตามแบบฟอร์มของศกม. ให้แก่ศูนย์อนามัยฯ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
3. การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน		
3.1 มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน	1) จังหวัดมีนโยบายหรือกำหนดตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน 2) มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.2 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1) มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนงาน 3) มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน เพื่อผลักดันการทำงานให้ได้ตามแผนงาน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.3 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	1) มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 2) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน 3) มีการทบทวนปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ	บุคลากรของหน่วยงานผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้	1) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม.....คน 2) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่อปท.และสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ จำนวน.....คน
3.5 มีการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม	อปท. ที่สมัครฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯใน	1) จำนวนอปท.ที่สมัครเข้ารับการประเมินฯแห่ง

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพในระดับพื้นฐาน	ระดับพื้นฐาน	2) จำนวนอปท. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับพื้นฐานแห่ง
3.6 มีการพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	1) มีแผนในการลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 2) ลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 3) มีการพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพแล้วเสร็จ อย่างน้อย 1 แห่ง	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
4. จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย		
4.1 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข (ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535) ที่เป็นปัจจุบัน	มีการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลตามที่กำหนด โดยมีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการอื่นๆ) และมีฐานข้อมูลของสถานบริการการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของแหล่งกำเนิดมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด ประกอบด้วย รพ.สต. รพ.รัฐ สังกัดหน่วยงานอื่นๆ รพ.เอกชน คลินิกเอกชน รพ.สัตว์ คลินิกสัตว์ รวมทั้งมีข้อมูลบริษัทที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	1) ฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีข้อมูล คือ
4.2 จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสธจ.	มีกลไกการดำเนินงานเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา มูลฝอยติดเชื้อของจังหวัด เช่น การใช้กลไก อสธจ. หรือกลไกอื่นๆ โดยต้องมีกลไกการประสานงานที่ชัดเจน เช่น มีการจัดประชุม การจัดทำ คณะทำงาน เป็นต้น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
4.3 มีแผนและรายงานผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงาน ไปยังศูนย์อนามัยเพื่อรวบรวมข้อมูลระดับศูนย์ และส่งต่อให้ส่วนกลางต่อไป	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)		
5.1 จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็ง	มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5.2 จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) อย่างน้อยตำบล ตำบลละ 1 ชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> 1) สนับสนุนองค์ความรู้แก่อปท. ในการร่วมสร้างตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ 2) ส่งเสริมให้เกิดแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้าน อวล. อย่างน้อย 1 คนต่อชุมชน 3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้ 4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการ อวล. ของชุมชน 5) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิภนมูลฝอย/ น้ำ /หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1) อธิบายวิธีการดำเนินงาน 2) จำนวน รายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีการจัดการตัวเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
5.3 จังหวัดมีตำบลที่มีมีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	มีการดำเนินงานสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) และพัฒนาต่อยอดเป็นตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	ระบุวิธีการดำเนินงาน และรายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
6. การส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน ใน 36 จังหวัดพื้นที่เสี่ยง		
6.1 สนับสนุนข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพให้กับหน่วยบริการสุขภาพ	มีการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ทุกระดับในพื้นที่ที่มีปัญหาลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รพศ./รพท./รพช. /รพ.สต./ สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เช่น อสรจ. /ทสจ./ อสจ. /อปท./ สถานประกอบการ ฯลฯ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนข้อมูลรายงานสถานการณ์ฯ เว็บไซต์/ อินทราเน็ต (Intranet) ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.2 สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพมีการสำรวจทางสุขภาพหรือ ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง หรือ เฝ้าระวังสุขภาพตามความจำเป็น	มีการสนับสนุน/มีส่วนร่วม เพื่อการสำรวจข้อมูลหรือตรวจคัดกรองสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงาน โดย การประชุมชี้แจง การให้องค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง การร่วมลงพื้นที่ เป็นต้น พร้อมทั้งมีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.3 บริหารจัดการให้มีการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หลักฐานในการสนับสนุน/มีส่วนในการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการดำเนินงาน มีการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ เอกสารความรู้ การจัดประชุมให้ความรู้ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนให้พื้นที่มีการจัดทำนวัตกรรม หรือ กระบวนการ หรือ รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 27 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

แบบรายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง

สถานบริการ อำเภอ.....จังหวัด ข้อมูลการประเมินเดือน.....ถึงเดือน.....

สถานบริการ	จำนวนผู้ป่วย DM/HT ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการ	จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมิน CVD Risk	คิดเป็นร้อยละ	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงจำแนกกลุ่มตามความเสี่ยง					
				จำนวนกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (<20%)	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูง (20-<30%)	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (≥30%)	คิดเป็นร้อยละ
รวม									

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7)

(2) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 25)

คำนิยาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วง เวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละอัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 25)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I62) (C)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตกจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I62) (D)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก (C/D) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราตายทารกแรกเกิด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านทารกแรกเกิด

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

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

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

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

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

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

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

2. สถานการณ์.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

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

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

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหน่วยบริการ.....รหัสสถานบริการ.....

(กรณีที่หน่วยต้องการรายงานให้กับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต)

ประจำเดือน

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

หมายเหตุ

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

ผู้รายงาน.....

โทรศัพท์.....

E-mail.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล..... H code

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

หมายเหตุ :

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

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

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

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

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

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

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

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

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

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

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

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่ง อาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามค่านิยามที่กำหนด

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 38 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)

ในผู้ป่วย STEMI ได้

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%) โดยดำเนินการครบทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน
2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน
3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI
4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ในเขตที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A)	รพ. ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ทั้งหมดในเขตนั้นๆ (B)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่ม เลือด (Fibrinolytic drug) ใน ผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 39 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) (A)	จำนวนประชากรกลาง ในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัด ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่ รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ≤ 4 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 41 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 12 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C22, C24) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ $(A/B) \times 100,000$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 42 อัตราตายจากมะเร็งปอด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 12 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C33-C34) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด $(A/B) \times 100,000$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
 ตัวชี้วัดที่ 43 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr
 แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
 ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr
 (เป้าหมาย: > 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2561)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr
 (เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560)

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 4 ml/min/1.73 m ² /yr x 100 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 (B)	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr (A/B)X100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านตา

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 85% ของเป้าหมาย)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 85% ของเป้าหมาย)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (A)	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย (B)	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 45 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

สถานการณ์ด้านการปลูกถ่ายไต.....

2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
(เป้าหมาย: 1.0:100 (ในปีงบประมาณ 2564))

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B)X100	
จังหวัด 1				
2				
3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขต).....

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

.....

4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

5 ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

6 นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 47 ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

(เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

(เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินการดูแลระยะกลาง (A)	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (A/B)x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ One day surgery : ODS

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

(เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์

- อังกฤษผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 65% อเมริกาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก>60% ค.ศ.2016 จะเพิ่มขึ้นถึง 75% ประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้สาเหตุสำคัญคือการขาดแคลนบุคลากรที่แตกต่างกัน ระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน
- ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า one day surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้ได้จนเกือบครบครันได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติ ในการรักษาพยาบาลลงมาก
- ผู้ป่วยที่ทำหัตถการวันนอนเฉลี่ย 3 วัน, ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

(เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข ในการเข้ารับบริการผ่าตัด แบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของจำนวน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ผ่าตัดแบบ One Day Surgery (A/B)x 10	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ
 ตัวชี้วัดที่ 49 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
 แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
 ด้านการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery(MIS)

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
 (ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
 (ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข ในการเข้ารับการผ่าตัด แบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้า รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 50 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (A)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B)	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (A/B) X 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม
 สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา
 เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... วันที่รายงาน.....

ผู้รายงาน (นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

ลำดับ	รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมฯ	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
รวม	แห่ง	แห่ง	
ร้อยละผ่านเกณฑ์ฯ		ร้อยละ.....	

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

แบบ OHS.SA:รพศ./รพท.

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... จำนวนเตียง.....เตียง ระดับ () รพศ. () รพท.
2. โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน () HA () HPH () HNQA () ISO.....() มอก..... () อื่นๆ (ระบุ).....
3. จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....คน จำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลคน
4. โรงพยาบาลมีการจัดตั้งกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่
5. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมได้แบ่งงานออกเป็น 5 งาน ตามกรอบโครงสร้างกลุ่มงานฯของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่
6. จำนวนบุคลากรด้านวิชาการทั้งหมดในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม (ไม่รวมธุรการ, พนักงานบันทึกข้อมูล).....คน
(กรณีที่ยังรวมอยู่ในกลุ่มเวชกรรมสังคม ระบุจำนวนผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย.....คน)
 - 6.1 จำนวนแพทย์คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน)คน
อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน
 - 6.2 จำนวนพยาบาล.....คน
จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.....คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน)คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร 60 ชั่วโมง).....คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ.....คน

6.3 จำนวนนักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม.....คน

จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย.....คน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อมคน

จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์คน คุณวุฒิอื่นๆ.....คน

6.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ.....คน

ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ

คำชี้แจง

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล สนับสนุนการดำเนินงานด้านการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวช กรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลาย ลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพกลุ่ม อื่นๆ และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็น ลายลักษณ์อักษร - มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรใน โรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีว- อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับนโยบายตามบริบท ของพื้นที่	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีว อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีว อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบ อาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อ ดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบอาชีพ อื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่าง หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอก โรงพยาบาล			
03	การติดตามประเมินผล โครงการ พัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน ของโรงพยาบาล (Clinic)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจาก การทำงาน - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจาก การทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่งรายงานฉบับ สมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด - มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการ ครบทุกข้อ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
03	การติดตามประเมินผลแผนงาน/ โครงการทางด้าน อาชีวอนามัย (Non Clinic)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะติดตาม - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น รายไตรมาส - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อใช้ในการ จัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป			
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
04	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยตามกรอบ งานของกระทรวงสาธารณสุข	0 1 2 3	- ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมออกมาตามกรอบ โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตาม กรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตาม คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล,นักวิชาการ) - มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมีบุคลากรที่ มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะ ตำแหน่ง และจำนวนครบตามกรอบโครงสร้าง ข้อเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข			
05	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน อาชีวอนามัยและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ			
06	การจัดการความรู้ด้านงาน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ			
07	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา			
08	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและ	0 1	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในพื้นที่			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	สภาพแวดล้อมการทำงานระดับ จังหวัด และเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	2	- มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง			
		3	- มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด			
09	การสนับสนุนให้โรงพยาบาล ชุมชนดำเนินการจัดบริการ อาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน			
		1	- มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพช. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม			
		2	- มีการสนับสนุน รพช. ให้มีการจัดบริการอาชีว-อนามัย หรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง			
		3	- มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)				=	ผลลัพธ์ = { (X) / 27 } x 100 = %	
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อการบริหาร จัดการความเสี่ยงจากการทำงาน	0	-ไม่มีการเดินสำรวจ			
		1	-มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกใน โรงพยาบาล			
		2	-มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความ เสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง			
		3	-มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตาม แผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
11	การควบคุมคุณภาพการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการ ทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตาม มาตรฐาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน -มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน -มีการตรวจสุขภาพฯ โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือ ผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ			
12	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อม การทำงาน แก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วย เครื่องมืออาชีพศาสตร์	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ ทำงาน -มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการ ทำงาน -มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงาน -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน			
13	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยง ของงานแก่บุคลากรใน โรงพยาบาล	0 1	-ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่ จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	-มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและ ครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง			
		3	-มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและ ครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของ บุคลากรดังกล่าว			
14	การควบคุมคุณภาพการเก็บ สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพและการ รายงานผลการตรวจตามหลัก วิชาการ	0	-ไม่มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ			
		1	-จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ และรายงานผล			
		2	-มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติ ทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการ รับรองมาตรฐาน			
		3	-มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติ ทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการ รับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ			
15	การจัดทำรายงานผลการตรวจ สุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากร	0	-ไม่มีการจัดทำรายงาน			
		1	-มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี			
		2	-มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี			
		3	-มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจ สภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน			
16	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน			
17	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน -ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล -มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
18	ความครอบคลุมของ การจัดการความเสี่ยงเมื่อ สภาพแวดล้อมการทำงานของ โรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนก ต่างๆ ของโรงพยาบาล -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป ครอบคลุมทุกแผนก			
19	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจาก การทำงานของบุคลากรใน โรงพยาบาล	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่ม บุคลากร -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10-19 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน						

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
20	การเดินสำรวจสถานประกอบ- การ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการ บริหารจัดการความเสี่ยง	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่- ทำงาน -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่- ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง -ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน-ประกอบการ/ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการ ความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหาร จัดการความเสี่ยง			
21	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการวางแผน และออกแบบโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวาง แผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่ สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของ ผู้รับบริการ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การมี นวัตกรรมต่างๆ			
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการทำงานมายังหน่วย	0 1	-ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน -มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรค จากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	ให้บริการอาชีวอนามัยของ โรงพยาบาล	2 3	-มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่ง ต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วย ให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง -มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการ อื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุง ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง			
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการ ดำเนินงานจัดบริการอาชีว- อนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย สำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย สำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับ ผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ			
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้า ระวังสิ่งคุกคามสุขภาพ ของลูกจ้างในสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหา ของพื้นที่	0 1 2	-ไม่มีเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม -มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญใน พื้นที่ -จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี			
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล -มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง			
26	จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน</u>			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
27	จำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงานที่ได้รับการ จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการ อาชีวอนามัย <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการ อาชีวอนามัย <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการ อาชีวอนามัย <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถาน ประกอบการ/สถานที่ทำงาน</u>			
28	การจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกันในสถาน ประกอบการหรือสถานที่ทำงาน ครบวงจร	0 1 2 3	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร อย่าง น้อย 2 แห่ง -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 6 แห่ง ขึ้นไป			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20-28 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100$	=.....%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ						

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
29	การพัฒนาการเข้าถึงบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและ จัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับ บริการ	0 1 2 3	-ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับ บริการ -มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับ บริการ -มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ -มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้า ถึง บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม			
30	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน พร้อมใช้งาน	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการ สอบเทียบตามระยะเวลา			
31	เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน พร้อมใช้งาน	0 1 2	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการ สอบเทียบตามระยะเวลา			
32	การควบคุมคุณภาพการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกอง วิศวกรรมกรรมแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟู จากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย			
33	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรค จากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการคัดกรอง -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการ ทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัด กรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรค จากสิ่งแวดล้อม -มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
34	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน -มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัยรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม -มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัย ตามที่กำหนดไว้ -มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ			
35	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
36	การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนทดแทน	0 1 2	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ -มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายและเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย			
37	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน -มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ -มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม			
38	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	0 1 2 3	-ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง -มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง -มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
39	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	0 1	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงานจัดบริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	-มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ			
		3	-มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย			
40	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0	-ไม่มีการดำเนินการ			
		1	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา			
		2	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา			
		3	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29-40 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/36\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
	องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
41	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	0	-ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม			
		1	-มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่			
		2	-มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
42	การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวข้องเนื่อง	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน -สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ			
43	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน -มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาคือต่อไป			
44	การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมใน	0	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	พื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	1	-มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม			
		2	-มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง			
		3	-สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
45	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	0	-ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง			
		1	-มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง			
		2	-มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง			
		3	-มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปีหรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย			
46	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	0	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม			
		1	-จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม			
		2	-ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น			
47	การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ	0 1 2 3	- ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการประเมินผลกระทบฯ - มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทนของโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการ หรือร่วมดำเนินการจัดการประเด็นปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการสนับสนุนข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่เข้าร่วมเพื่อจัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม			
48	การวิเคราะห์และสรุปข้อมูลการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก	0 1 2	-ไม่มีการรวบรวมข้อมูล -มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูลเชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และข้อมูลมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดใน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	แผนการรวบรวมข้อมูล อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน -มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูล ด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41-48 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

สรุปผลการประเมินตนเอง

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

() เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2)

() ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ5 (ร้อยละ50 ขึ้นไป))

() ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3และ5 (ร้อยละ70 ขึ้นไป)

() ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5)

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
3.

ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
3.

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- 1.....
- 2.....
3.

ข้อมูลทั่วไป

- 1.ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... จำนวนเตียง.....เตียง
- 2.โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน () HA () HPH () HNQA () ISO.....() มอก..... () อื่นๆ(ระบุ).....
- 3.จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....คน
- 4.ปัจจุบันงานอาชีวอนามัยอยู่ในกลุ่มงานใด
 - () กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ () กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม
 - () กลุ่มงานอื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 5.คุณสมบัติของผู้ที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล
 - 5.1 แพทย์คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีพเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน)คน
 - อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีพเวชศาสตร์)คน อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีพเวชศาสตร์)คน
 - 5.2 พยาบาล.....คน
 - จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.....คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน)คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง).....คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ.....คน

5.3 นักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม.....คน

จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยคน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อมคน

จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์คน คุณวุฒิอื่นๆ.....คน

5.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ.....คน

ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ

คำชี้แจง

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	<p>- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย</p> <p>- มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>- มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>- มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง</p>			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัย						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลตามบริบทของพื้นที่	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อมร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล 			
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
03	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย - มีผู้รับผิดชอบหลักงานด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	- ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีว- อนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือ สาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้าน อาชีวอนามัยหรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม			
		3	- มีผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้างกลุ่มงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของกระทรวง สาธารณสุข หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีวเวช- กรรม			
04	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านอาชีวอนามัยและเวช ศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร			
		1	- บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย			
		2	- บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม			
		3	- มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
05	การจัดการความรู้ด้าน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวช- กรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการ ความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ			
06	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางาน ทางด้านอาชีวอนามัยและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว- อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดย ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว- อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดย ตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดย นำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
07	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัดหรืออำเภอ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ ในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ			
08	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุนรพ.สต. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังรพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01- 08 (X)=	ผลลัพธ์= { (X) /24 }x100 =.....%		
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
09	คณะกรรมการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัย ความ ปลอดภัยและสภาพแวดล้อม ในการทำงานของ โรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาท หน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและ สภาพแวดล้อมในการทำงาน - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุม โดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีว- อนามัยฯ - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มี ข้อเสนอแนะ/มติ /การติดตามผลการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัย			
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการ บริหารจัดการความเสี่ยงจาก การทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุก แผนกในโรงพยาบาล - มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการ ประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการ ความเสี่ยง - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการ ดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
11	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ - มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน			
12	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด และครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคนรวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจาก			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			การได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว			
13	การจัดทำรายงานผลการ ตรวจสุขภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงาน ของบุคลากร	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำรายงาน - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ ต่อเนื่อง 3 ปี - มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจ สภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและ เชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงาน			
14	การให้บริการฝึกอบรมด้าน อาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการ ทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร - ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความ ปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่ กลุ่มเป้าหมาย - จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรม ภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
15	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยฯ - นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน			
16	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อม และ ตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล - ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน - ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล			
17	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อ	0	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	สภาพแวดล้อมการทำงาน ของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	1 2 3	- มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานใน แผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบ อย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานใน แผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุก แผนก			
18	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บ จากการทำงานของบุคลากร ในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการ บาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร มากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09-18 (X)=	ผลลัพธ์= { (X) /30 } x 100=.....%		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน						
19	การเดินสำรวจสถาน- ประกอบการ หรือสถานที่	0 1	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง	2 3	สถานที่ทำงาน - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง - ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถานประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง			
20	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและโปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่าง ๆ			
21	การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน	0	- ไม่มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		1	- มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ ที่มีความสอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่			
		2	- มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการให้บริการ			
		3	- มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ โดยมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ			
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่ สงสัยโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการอาชีว- อนามัยของโรงพยาบาล	0	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน			
		1	- มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรค จากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล			
		2	- มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายัง หน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง			
		3	- มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการ อื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุง ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม					
23	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ			
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่	0 1 2 3	- ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม - มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงานและโรคจาก สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรืออุบัติเหตุจาก การทำงาน - มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมกรณีเกิดเหตุ ภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล หรือ โรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการสอบสวน โรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง			
26	จำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงานที่ได้รับการ จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	0 1 2	- จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว- อนามัยลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว- อนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่าน มา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว- อนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่าน มา			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน			
27	การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร	0 1 2 3	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 1 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป			
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27 (X)		=	ผลลัพธ์= $\{(X)/27\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ						

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
28	การพัฒนาการเข้าถึงบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการ เข้ารับบริการ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่าน ช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการ เข้าถึงบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม- สิ่งแวดล้อม			
29	การควบคุมคุณภาพการ ตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยง จากการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการ ตรวจสอบตามมาตรฐาน - มีการตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน - มีการตรวจสอบคุณภาพฯโดยบุคลากรที่ผ่านการ อบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวง สาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทาง วิชาการ - มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้ มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการ ตรวจสอบเทียบตามระยะเวลา			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
30	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติสาขาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย - มีเครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา 			
31	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			
32	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน - มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานตามแนวทางที่กำหนด - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ - มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			
33	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
34	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ - มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม 			
35	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง - มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการหรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
36	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	0 1 2 3	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้ง เชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิง รุกและเชิงรับ - มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึง พอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ - มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการ ให้บริการอาชีวอนามัย			
37	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับ การซักประวัติเพื่อคัดกรอง โรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมี การดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัด กรองโรคจากการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28 - 37 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
38	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ - มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด - มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองและคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
39	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	0 1 2	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป			
40	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
41	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง - มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสาร			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			ความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย			
42	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม - ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง - จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 38-42 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

สรุปผลการประเมินตนเอง

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-2)
<input type="checkbox"/> ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 (ร้อยละ 60 ขึ้นไป)) | <input type="checkbox"/> ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 (ร้อยละ 50 ขึ้นไป))
<input type="checkbox"/> ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1- 4 และ 5 (ร้อยละ 70 ขึ้นไป)) |
|---|---|

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน

1.....

2.....

3.....

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1.....

2.....

3.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 53 จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและแบบรายงานตัวชี้วัด)
(สำหรับจังหวัดน่าน)

1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน

เมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน	
	1. เชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1)
	2. ปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)
	3. สกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8)
	4. สุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)

2. โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน				
1.1 มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม				
1.2 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด				
1.3 มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร				
มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร				
2.1 มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจาก แปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี				
2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์ สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง				
มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)				
3.1 เพิ่มจำนวน Shop / Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง				
3.2 มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพิ่มขึ้น 1) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระจายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1				

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
ผลิตภัณฑ์ 2) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan)				
มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)				
4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวม เพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (จังหวัดน่าน)				
4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20				
4.3 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 20				
สรุปผลการประเมิน				

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(สำหรับจังหวัดส่วนขยาย)

1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน

..... เมืองสมุนไพรวงจังหวัดส่วนขยาย			
	1. พิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2)		6. มหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7)
	2. อุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)		7. สุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9)
	3. สระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)		8. อำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10)
	4. นครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)		9. สงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)
	5. จันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)		

2. โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน				
1.1 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณ วัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด				
มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร				
2.1 มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร				
2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง				
มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)				
3.1 จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง				
3.2 บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพร ได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)				
มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)				
4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวม เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (จังหวัดส่วนขยาย)				
4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20				
4.3 . ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 20				
สรุปผลการประเมิน				

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้

ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
1.การวางแผนการผลิตและ พัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ	5	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/ วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับ บริการ		
	4	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	3	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	2	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	1	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
2.การสร้างความร่วมมือ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100		
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80		
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60		
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40		
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20		
3.การบริหารงบประมาณ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 100		
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90		
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80		
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70		
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่า ร้อยละ 60		
4.การบริหารจัดการด้าน การผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย		
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย		
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย		
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย		
5.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้ายลาออกลดลง ในระดับเขต)		
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้ายลาออกลดลง ในระดับเขต)		
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้ายลาออกลดลงในระดับเขต)		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ 25 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)		
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ 30 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลงในระดับเขต)		

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ระดับบริการ.....ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....ผู้รวบรวมข้อมูล

1. ระดับปฐมนุญมิ 2. ระดับหัตถิยญมิ 3. ระดับตติยญมิ 4. ระดับExcellence 5. เขตเศรษฐกิจพิเศษ

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับการ พัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ	1.แพทย์			
	2.ทันตแพทย์			
	3.เภสัชกร			
	4.พยาบาล			
	5.นักเทคนิคการแพทย์			
	6.นักกายภาพบำบัด			
	7.นักวิชาการสาธารณสุข			
2.กลุ่มสหวิชาชีพ	8.นักรังสีการแพทย์			
	9.นักกิจกรรมบำบัด			
	10.นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา			
	11.นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย			
	12.นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
	13.นักฟิสิกส์รังสี			
	14.แพทย์แผนไทย			
	15.นักวิชาการทันตสาธารณสุข			
	16.นักโภชนาการ			
	17.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์			
	18.นักสังคมสงเคราะห์			
	19.นักวิชาการศึกษาพิเศษ			
	20.นักกายอุปกรณ์			
21.นักวิชาการอาหารและยา				
3.บุคลากรสนับสนุน	22.เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข			
	23.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม			
	24.เจ้าพนักงานสาธารณสุข			
	25.เจ้าพนักงานเวชสถิติ			

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับการ พัฒนา
	26.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์			
	27.เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน			
	28.เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์			
4.บุคลากรสนับสนุน	1.นิติกร			
	2.นักทรัพยากรบุคคล			
	3.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี			
	4.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ			
	5.นักจัดการงานทั่วไป			
	6.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์			
	7.นักสถิติ			
	8.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา			
	9.เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์			
	10.เจ้าพนักงานธุรการ			
5.ผู้บริหาร	ระดับสูง			
	ระดับกลาง			
	ระดับต้น			
	รวมทั้งสิ้น			

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 5	เท่ากับร้อยละ	80-100
ระดับ 4	เท่ากับร้อยละ	60-80
ระดับ 3	เท่ากับร้อยละ	40-60
ระดับ 2	เท่ากับร้อยละ	20-40
ระดับ 1	เท่ากับร้อยละ	ต่ำกว่าร้อยละ 20

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 66 ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
 หน่วยบริการคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก (คิดเป็นร้อยละ) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน: 1 ตุลาคม 2560 – 31 ธันวาคม 2560)

ชื่อหน่วยบริการ	เกณฑ์คุณภาพข้อมูล OPD								ร้อยละ	คะแนนคุณภาพ การให้รหัส (ร้อยละ)
	เวลา	CC	ประวัติการเจ็บป่วย	ตรวจร่างกาย	คำวินิจฉัย	การรักษา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้		

* CC : อาการสำคัญ

หมายเหตุ: รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การให้คะแนน มีอยู่ในคู่มือแนวทางมาตรฐานการเก็บรวบรวมและการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559

หน่วยบริการคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยใน (คิดเป็นร้อยละ) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน: 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2560)

ชื่อหน่วยบริการ	เกณฑ์คุณภาพข้อมูล IPD											ร้อยละ	คะแนนคุณภาพ การให้รหัส (ร้อยละ)	
	เวลา	DS1	DS2	Hx	PE	Progress	OP	OB	Nurse	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้			

* DS1 = Discharge Summary ส่วนของแพทย์, DS2 = Discharge Summary ส่วนอื่น, Hx = บันทึก ประวัติ, PE = บันทึกการตรวจร่างกาย, Progress = Progress Note,

Op = บันทึกการผ่าตัด, OB = บันทึก การคลอด, Nurse = Nurses' Note

หมายเหตุ: รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การให้คะแนน มีอยู่ในคู่มือแนวทางมาตรฐานการเก็บรวบรวมและการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559

รายชื่อหน่วยงานที่ร่วมจัดทำ

1. กรมการแพทย์
2. กรมควบคุมโรค
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
6. กรมสุขภาพจิต
7. กรมอนามัย
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
12. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
13. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
14. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
15. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
16. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
17. กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
18. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
19. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
20. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต (ศปท.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
21. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
22. สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
23. สำนักปฐมนุฏีและหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
24. สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี

บรรณาธิการ

ดร.นพ.พงศธร	พอกเพิ่มดี	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
พญ.มานิตา	พรรณวดี	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
นางนพวรรณ	มาดาร์ตน์	นักวิชาการสถิติชำนาญการ
นางสาวโสรดา	ปัตถวัลย์	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ



รายการแก้ไขรายละเอียดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2561 หลัง วันที่ 15 กันยายน 2560

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไปสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไปสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ทั้งหมด

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	24.23	24.26	23.75
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904435 โทรสาร : 02-5904427 2. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425 โทรสาร : 02-5904427 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย		หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pimolphantang@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-8997380 E-mail : noi_55@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904438 โทรสาร : 02-5904427 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย		นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-5465561 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com		

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p><u>ผู้กำกับตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นายแพทย์วัชร เพ็ญจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : drwachira99@gmail.com</p> <p>2. นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904007 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : drthong@gmail.com</p> <p>3. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918166 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : ekachaipien@hotmail.com</p> <p>4. นางสาวสายพิน โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918104 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : saipin.chotivichien@gmail.com</p> <p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นางพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904427 E-mail: pimolphant@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็ก แห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918104 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5910557 E-mail : teerboon@hotmail.com</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B2 / B1) \times 100$ 2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1 / B1 + B2) \times 100$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B3)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B4)$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	66 68	66 70	66 72	66 74
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี				
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	154
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	155

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)
----------------------	--

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีศ.60)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5 68	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีศ.61) และ 5 68

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีศ.61)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5 70	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีศ.62) และ 5 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีศ.62)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5 72	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีศ.63) และ 5 72

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีศ.63)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5 74	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีศ.64) และ 5 74

วิธีการประเมินผล :

ชั้นตอนที่ 1 จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัดโดย PM จังหวัด

ชั้นตอนที่ 2 จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ

ชั้นตอนที่ 3 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง
3.1 จังหวัดมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ และคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง

3.2-รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค. 60 ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 และส่งสรุปผลภาวะ โฆษณาการมายัง กยพ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. 2560

3.3-รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 และส่งสรุปผลภาวะ โฆษณาการมายัง กยพ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 2560

~~ขั้นตอนที่ 4~~ จังหวัดมีการดำเนินการ ดังนี้

4.1-การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)

4.2-การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน

4.3-มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign
1) รอบคอดำ 2) นิ่งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัวย
จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (service plan) คลินิก
DPAC ติดตามและรายงานผล

4.4-รายงานตามระบบ

~~ขั้นตอนที่ 5~~ จังหวัดมีรายงาน ดังนี้

5.1-สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน

5.2-จำนวนนักจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)
(ครูช.) และแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน
(Smart Kids Leader)

1.จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้

1.1 จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสม ส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนและดำเนินการตามแผน

1.2 จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาทุพ โฆษณาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)

- รณรงค์ดีมีนมจืด ปีละ 2 ครั้ง วันเด็กแห่งชาติและวันดีมีนมโลก

- ร่วมกับศูนย์อนามัยจัดกิจกรรมประกวดเมนูผักเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ที่พึงประสงค์

- จัดมหกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุกเพื่อเด็กไทยสูงสมส่วนแข็งแรง IQ EQ ดี

1.3 คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในระบบ service plan

1.4 ผลักดันให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 3 แห่ง

	<p>1.5 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุม คือ :</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซึ่งนำหน้าก วัดสวนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซึ่งนำหน้าก วัดสวนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.</p> <p>1.6 รวบรวมสรุปและสรุปผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขตตามรายไตรมาส ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ - จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ตีมนมจืดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก - จำนวนนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ตีมนมจืดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก - รายงานจำนวนเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ สถานบริการสาธารณสุข <p>2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>2.1 รายงานงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p> <p>2.2 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC 2. คู่มือผู้จัดการนำหน้ากเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 3. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 4. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 5. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 6. หนังสือเมนูผักกึ๊กน้อย 4 ภาค 7. แนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียน 8. สื่อสิ่งพิมพ์และวิดีโอทัศนกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กวัยเรียน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		ปีอื่นๆ	2557	2558	2559	2560
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน	ร้อยละ	-	-	64	63.9	65.1
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	-	-	5.2	-	5
เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	ร้อยละ	17.0 (พ.ศ. 2556 2560)	8.8	9.5	12.4	11.2
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	-	-	7.5	-	5.1
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี* วัดผลในปี 2564	เซนติเมตร	ชาย = 148.2 หญิง = 151.1	-	-	-	-

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. แพทย์หญิงพรเลขา บรรหารศุภวาท นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5904339 E-mail : ponlekha@anamai.mail.go.th
 2. นางสาวพรวิภา ดาวดวง นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5904339-0 E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th
- กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
3. นางสาวจรรย์รัก ลอยสงเคราะห์ ~~นักโภชนาการปฏิบัติการ~~
~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334~~ ~~โทรศัพท์มือถือ :~~
~~โทรสาร : 02-5904339~~ ~~E-mail : jairak.t@anamai.mail.go.th~~
ดร.นภัสภงกช ศุภะพิชน์ นักวิชาการชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5904584 E-mail : suppich_2@hotmail.com
- กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยรุ่นและวัยเรียน กองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง ~~นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ~~
~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329~~ ~~โทรศัพท์มือถือ :~~
~~โทรสาร : 02-5904339~~ ~~E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th~~

	<p>นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <p>2. นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารุกิตต์ นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail: chaichana.b@anamai.mail.go.th sureerat.pi@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <p>3. นางสาวณิชฐา ระโหฐาน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904584 E-mail : got_achi@hotmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยรุ่นและวัยเรียน กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ</p>
--	--

แบบสรุปผลรายงานกิจกรรมส่งเสริมเด็กวัยเรียนสมส่วน

ลำดับ	ผลการดำเนินงาน																																						
1.	<p>1.ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">แผนงาน</th> <th style="width: 33%;">ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)</th> <th style="width: 33%;">ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ส่งเสริมเด็กสูงตีสมส่วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ</td> </tr> <tr> <td>2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.2 เด็กผอม</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.3 เด็กเตี้ย</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2.กิจกรรมสำคัญ/กระบวนการดำเนินงาน : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 33%;">กระบวนการ</th> <th colspan="2">กิจกรรมสำคัญ</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">ระดับจังหวัด</th> <th style="width: 33%;">ระดับอำเภอ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ส่งเสริมเด็กสูงตีสมส่วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ</td> </tr> <tr> <td>2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.2 เด็กผอม</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.3 เด็กเตี้ย</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	แผนงาน	ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)	ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)	1.ส่งเสริมเด็กสูงตีสมส่วน			2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ			2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน			2.2 เด็กผอม			2.3 เด็กเตี้ย			กระบวนการ	กิจกรรมสำคัญ		ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ	1.ส่งเสริมเด็กสูงตีสมส่วน			2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ			2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน			2.2 เด็กผอม			2.3 เด็กเตี้ย		
แผนงาน	ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)	ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)																																					
1.ส่งเสริมเด็กสูงตีสมส่วน																																							
2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ																																							
2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน																																							
2.2 เด็กผอม																																							
2.3 เด็กเตี้ย																																							
กระบวนการ	กิจกรรมสำคัญ																																						
	ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ																																					
1.ส่งเสริมเด็กสูงตีสมส่วน																																							
2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ																																							
2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน																																							
2.2 เด็กผอม																																							
2.3 เด็กเตี้ย																																							
2.	<p>กิจกรรมรณรงค์และสื่อสารในพื้นที่</p> <p>1.ตีมนมจิตยึดความสูง จำนวน.....ครั้ง จำนวนโรงเรียน.....แห่ง จำนวนนักเรียน.....คน</p> <p>2.กิจกรรมทางกาย กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก จำนวน.....ครั้ง จำนวนโรงเรียน.....แห่ง จำนวนนักเรียน.....คน</p>																																						
3.	<p>1.ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ภาคเรียนที่ ปีการศึกษา</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)</th> <th style="width: 33%;">จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง (คน)</th> <th style="width: 33%;">ความครอบคลุม (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2. ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">สูงตีสมส่วน</th> <th colspan="2">เริ่มอ้วนและอ้วน</th> <th colspan="2">ผอม</th> <th colspan="2">เตี้ย</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)	จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง (คน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)				สูงตีสมส่วน		เริ่มอ้วนและอ้วน		ผอม		เตี้ย		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																
จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)	จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง (คน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)																																					
สูงตีสมส่วน		เริ่มอ้วนและอ้วน		ผอม		เตี้ย																																	
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																

ลำดับ	ผลการดำเนินงาน																																																
	<p>3. เปรียบเทียบภาวะโภชนาการ 2 ภาคเรียน</p> <p>3.1 สูงดีสมส่วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ H/A) ในคนเดียวกัน)</p> <table border="1" data-bbox="228 342 1297 495"> <thead> <tr> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)</th> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>3.2 ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H))</p> <table border="1" data-bbox="228 544 1297 696"> <thead> <tr> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)</th> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>3.3 ภาวะผอม (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H))</p> <table border="1" data-bbox="228 745 1297 898"> <thead> <tr> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)</th> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>3.4 ภาวะเตี้ย (ส่วนสูงตามเกณฑ์ส่วนสูง (H/A))</p> <table border="1" data-bbox="228 947 1297 1099"> <thead> <tr> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)</th> <th colspan="2">ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)</th> </tr> <tr> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ					ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ					ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ					ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)																																															
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																														
ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)																																															
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																														
ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)																																															
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																														
ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61)																																															
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																														
4.	<p>จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ</p> <table border="1" data-bbox="228 1149 1297 1294"> <thead> <tr> <th>ประเภทโรงเรียน</th> <th>จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประถมศึกษา</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ประถมศึกษาขยายโอกาส</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทโรงเรียน	จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง)	ประถมศึกษา		ประถมศึกษาขยายโอกาส																																											
ประเภทโรงเรียน	จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง)																																																
ประถมศึกษา																																																	
ประถมศึกษาขยายโอกาส																																																	
5.	<p>1.จำนวนโรงเรียนมีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง obesity sign.....แห่ง พบเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง*.....คน</p> <p>2.จำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง (จากข้อ1.)*ได้รับการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขจำนวน.....คน (ระบุรายละเอียด)</p> <table border="1" data-bbox="228 1440 1297 1639"> <thead> <tr> <th>รพศ./รพท. (คน)</th> <th>รพช. (คน)</th> <th>รพ.สต. (คน)</th> <th>คลินิก DPAC (คน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รพศ./รพท. (คน)	รพช. (คน)	รพ.สต. (คน)	คลินิก DPAC (คน)																																												
รพศ./รพท. (คน)	รพช. (คน)	รพ.สต. (คน)	คลินิก DPAC (คน)																																														

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)												
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)												
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน												
ระดับการแสดงผล	ประเทศ												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	10. ร้อยละของ ประชาชน วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ												
คำนิยาม	วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ./ รพช./ รพท. และ รพ.สต. ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม. โดยคำนวณจาก น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ตรม.) ผู้นำด้านสุขภาพ (Health leader) ผู้ที่มีความสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองและสามารถ กระตุ้นให้บุคคลอื่นๆในชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ด้านการเป็น ผู้นำการสร้างสุขภาพ												
แหล่งข้อมูล	–หน่วยงานภาครัฐและเอกชน –หมู่บ้าน/ชุมชน Health data center (HDC)												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีดัชนีมวลกายปกติที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด												
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ข้อมูลในระบบ HDC)												
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคอ้วนลงพุง 2. พิชิตอ้วน พิชิตพุง 3. ดูแลหุ่นสวย ด้วยตนเอง 4. ขยับกับกิน <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1.โรคอ้วนลงพุง</td> <td style="width: 50%;">7.ออกกำลังภายในคนอ้วน</td> </tr> <tr> <td>2.พิชิตอ้วน พิชิตพุง</td> <td>8. แนวทางการสร้างผู้นำสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td>3. ดูแลหุ่นสวยด้วยตนเอง</td> <td>9. เดินขึ้นบันไดโอกาสทองของสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td>4. ขยับกับกิน</td> <td>10.องค์ความรู้ ทฤษฎีการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td>5. กินผักชะลอวัย หุ่นสวยหน้าใส</td> <td>11. ออกกำลังภายในวัยทำงาน</td> </tr> <tr> <td>6. ประชุมได้ผล คนได้สุขภาพ</td> <td>12. การเดินนี้เซรั่ ไม่ใช่ธรรมดา</td> </tr> </table> <p>สามารถดาวโหลดได้ที่ www.dopah.anamai.moph.go.th http://nutrition.anamai.moph.go.th</p>	1.โรคอ้วนลงพุง	7.ออกกำลังภายในคนอ้วน	2.พิชิตอ้วน พิชิตพุง	8. แนวทางการสร้างผู้นำสุขภาพ	3. ดูแลหุ่นสวยด้วยตนเอง	9. เดินขึ้นบันไดโอกาสทองของสุขภาพ	4. ขยับกับกิน	10.องค์ความรู้ ทฤษฎีการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ	5. กินผักชะลอวัย หุ่นสวยหน้าใส	11. ออกกำลังภายในวัยทำงาน	6. ประชุมได้ผล คนได้สุขภาพ	12. การเดินนี้เซรั่ ไม่ใช่ธรรมดา
1.โรคอ้วนลงพุง	7.ออกกำลังภายในคนอ้วน												
2.พิชิตอ้วน พิชิตพุง	8. แนวทางการสร้างผู้นำสุขภาพ												
3. ดูแลหุ่นสวยด้วยตนเอง	9. เดินขึ้นบันไดโอกาสทองของสุขภาพ												
4. ขยับกับกิน	10.องค์ความรู้ ทฤษฎีการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ												
5. กินผักชะลอวัย หุ่นสวยหน้าใส	11. ออกกำลังภายในวัยทำงาน												
6. ประชุมได้ผล คนได้สุขภาพ	12. การเดินนี้เซรั่ ไม่ใช่ธรรมดา												



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
	วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มี ค่าดัชนีมวล กายปกติ ร้อย ละ 54.08	ร้อยละ	54.75 (ปชก 7.8 ลค.)	53.82 52.54 (ปชก 13.5 5.7 ลค.)	54.08 (ปชก 10 ลค 9 กย.59) 51.44 (ปชก 10 ลค 8 ตค.59)	51.80 (ปชก 6.7 ลค. 25 กย.60)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- ~~นางกุลพร สุขุมลตระกูล~~ ~~นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ~~
~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8~~ ~~โทรศัพท์มือถือ :~~
~~โทรสาร : 02-5904339~~ ~~E-mail : kunpunk11@gmail.com~~
แพทย์หญิงนภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904328 โทรศัพท์มือถือ : 081-4211411
โทรสาร : 02-5904339 E-mail : napavkul@gmail.com
- นายแพทย์อุดม อัสวตมางกูร ผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรศัพท์มือถือ : 081-3776623
โทรสาร : 02-5904587 E-mail : udom.a@anamai.mail.go.th
- นางวสุนจรี เสรีสุชาติ นักโภชนาการชำนาญการ
สำนักโภชนาการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ : 084-9162564
โทรสาร : 02-5904339
E-mail : wasuntharee.s@anamai.mail.go.th
wsarsanasuwan1960@gmail.com
- ~~นางสาววิภาศรี สุวรรณผล~~ ~~นักโภชนาการปฏิบัติการ~~
~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8~~ ~~โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591~~
~~โทรสาร : 02-5904339~~ ~~E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th~~

	<p>นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904413 โทรศัพท์มือถือ : 086-3323600 โทรสาร : 02-5904584 E-mail : supitcha.w@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์ โทรศัพท์มือถือ : 086-3323600 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904413 โทรสาร : 02-5904584 E-mail : supitcha.w@anamai.mail.go.th</p> <p>กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ</p> <p>2. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591 โทรสาร : 02-5904339 E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	11. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล <p>หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม. <p>มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล : (P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)</p>

	<p>P : ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ. และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ใน ส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ พชอ. และกลไกชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ</p> <p>I : - ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) - จัดพิมพ์คู่มือการอบรมหลักสูตร CG - พัฒนาหลักสูตร CM - พัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว - สร้าง พัฒนานวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - จัดทำชุดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุในรูปแบบ Application - การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผ่าน Application สูงวัยสมองดี - จัดทำชุดความรู้การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในสถานที่สาธารณะของกลุ่ม ผู้สูงอายุ เช่น ศาสนสถาน (วัด/มัสยิด) ในรูปแบบ media/Infographic - จัดทำเครื่องมือประเมินการจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบ Application <p>R : - ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตาม ชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงและขับเคลื่อนนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน - ควบคุม กำกับ และติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน <p>A : - ชี้นำด้านข้อมูลและงานวิจัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคม แห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ <p>B : - พัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) /ระบบดูแล ผู้สูงอายุ 3 S (Thai Active Aging: Strong Social and Security)/ สร้าง พัฒนา ทีมนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อบรม Care manager, Caregiver และ อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ Health Literacy เพื่อเป็นสังคม Health Literated Society
--	--

<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมเป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาวตามศักยภาพของผู้สูงอายุ เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์</p> <p>3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต ระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p> <p>2. ศูนย์อนามัยที่ 1-13 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. ศูนย์อนามัยที่ 1-13 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง /ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ และ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ</p> <p>3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care</p>
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ</p> <p>2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส</p> <p>3. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน</p>

	<p>1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p> <p>2. ศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p>					
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care</p> <p>2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ</p> <p>3. คู่มือแนวทางการประเมิน ADL</p> <p>4. คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>5. คู่มือและ Application การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม “สูงวัย สมองดี” แนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager / Caregiver กระทรวงสาธารณสุข</p>					
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>			
			<p>2557</p>	<p>2558</p>	<p>2559</p>	<p>2560</p>
<p>ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์</p>			<p>13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)</p>	<p>27 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)</p>	<p>100 74.5 (หมายเหตุ : เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)</p>	<p>100 81.2 (หมายเหตุ : เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 4,497 4,469 ตำบล)</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p><u>ผู้กำกับตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : drwachira99@gmail.com</p> <p>2. นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904072 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : attapon2008@gmail.com</p>					

	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>2. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904503 โทรศัพทมือถือ : 091-8904608 โทรสาร : 02-5904500 E-mail : ekachaipien@hotmail.com</p> <p>1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904503 โทรศัพทมือถือ : 081-6829668 โทรสาร : 02-5904500 E-mail : kittilarp@yahoo.com</p> <p>2. นางวิมล บ้านพวน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904509 โทรศัพทมือถือ : 097-2419729 โทรสาร : 02-5904500 E-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางรัชณี บุญเรืองศรี โทรศัพทที่ทำงาน 02-5904504 โทรศัพทมือถือ : 099-6165396 โทรสาร : E-mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและความร่วมมือระหว่างประเทศ</p> <p>2. นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904504 โทรศัพทมือถือ : 081-4543563 โทรสาร : E-mail:orawannee.a@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	12. ร้อยละของ Healthy Ageing
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) (สสจ./ รพศ./ รพท/ รพช./ รพ.สต.)

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของ Healthy Ageing
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านผู้สูงอายุ

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

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

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

.....

.....

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

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

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหลัก)
แผนที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
ระดับการแสดงผล	กระทรวง
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

หมายเหตุ :

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละของอำเภอที่มี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board (DHD) (พขอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.ที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพร้อยละ 50

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

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในเป็นการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้มาตรฐานอ้างอิงเกณฑ์ตามบริบทพื้นที่ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ประเด็นการควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 5
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรสาร : 02-5901802	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 090-1069466 E-mail : kittisny@gmail.com
	2. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ	ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรสาร : 02-5901239	สุขภาพวิถีชีวิตไทย โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : yyt2508@gmail.com

	<p>3. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238</p> <p>โทรสาร : 02-5901239</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536</p> <p>E-mail : peed.pr@hotmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637</p> <p>โทรสาร : 02-5901631</p> <p>2. นางสมสินี เกษมศิลป์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637</p> <p>โทรสาร : 02-5901631</p> <p>3. นางเอื้อมพร จันทรทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238</p> <p>โทรสาร : 02-5901239</p> <p>4. นายทองดี มุ่งดี</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504</p> <p>โทรสาร : 02-5901501</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-8296454</p> <p>E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052</p> <p>E-mail : somnee@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-1316800</p> <p>E-mail : dhb.moph@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 094-2490555</p> <p>E-mail : mungdee@health.moph.go.th</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																							
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ																							
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ																							
ระดับการแสดงผล	จังหวัด																							
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	14. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง																							
วิธีการประเมินผล :	<p>ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85) ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้ ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)</p> <p>ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85) ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90) ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95) ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอนที่</th> <th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th> <th>เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร</td> <td>- หลักฐานรายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุมโรค) อย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</td> <td>- รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล	1	ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร	- หลักฐานรายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุมโรค) อย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน	2	จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	- รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																				
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90																				
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล																						
1	ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร	- หลักฐานรายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุมโรค) อย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน																						
2	จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	- รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ																						

	3	จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรค และภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อ ผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์ อย่างน้อยจังหวัดละ 3 คน และ ภาวะฉุกเฉินจังหวัดละ 5 4 คน)	<ul style="list-style-type: none"> - รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะปกติ ประจำเดือน/ปีงบประมาณ 2561 - รายชื่อการจัด เวรทำทะเบียน SAT ภาวะฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2561 โดยชื่อไม่ซ้ำกับ SAT ภาวะปกติ - สามารถจัดทำ Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์ - สามารถจัดทำ Spot Report ได้ ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด - ผู้มีรายชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านการฝึกปฏิบัติ SA ตามเวร ประจำสัปดาห์ (ที่ กรมควบคุมโรค หรือ สคร.) หรือ ผ่านการฝึกอบรม แนวทางการปฏิบัติงาน
	4	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	- มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ตาม template ที่กรมควบคุมโรค กำหนด
	5	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้น ในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักกระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kepidem@gmail.com สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค</p>		

	<p>1. นางวัชรี แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>2. นางสาวบวรวรรณ ดิเรกโศค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>3. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wacharr@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999 E-mail : borworn67@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com</p>
--	--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	16. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
คำนิยาม	<p>การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระ/ปัสสาวะในประชาชน 15 ปีขึ้นไป โดยต้องผ่านการคัดกรองด้วยวาจาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษา และติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย 2) จัดการเรียนการสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ สร้างพฤติกรรมกินปลาน้ำจืดสุกด้วยความร้อน สร้างนวัตกรรมอาหารปลอดภัยจากพยาธิในพื้นที่ กระบวนการจัดการความรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อม 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลงของชุมชน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการสนับสนุน 4) มีการสื่อสารสาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินงาน <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนตำบลเป้าหมาย (613 ตำบล)</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
คำนิยาม	<p>การบาดเจ็บทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากการบาดเจ็บ จากรถทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงช็อกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือนหรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดหมายว่าเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากการบาดเจ็บทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)								
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ								
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง								
คำนิยาม	<p>1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>1.1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>1.2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน)</p> <p>2.1 กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต 120-139/80-89 mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>2.2 ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์* และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ และรอการวินิจฉัยของแพทย์</p> <p>2.3 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม.หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน*^๕ หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว ภายใน 6 เดือน</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เบาหวาน</th> <th>ความดันโลหิตสูง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geqร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	2561	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10
ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง							
2561	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10							

	ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
	2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 20
	2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 30
	2564	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.16	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา 2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและ สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัย ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยความดันโลหิต สูงรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ		
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัย ป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา		

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	อัตราประชากร Pre-DM ในพื้นที่เขตได้รับผิดชอบ ของปีที่ผ่านมาได้รับการ ตรวจน้ำตาลซ้ำและ ได้รับคำแนะนำเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 30	อัตราประชากร Pre-DM ในพื้นที่เขตได้รับผิดชอบ ของปีที่ผ่านมาได้รับการ ตรวจน้ำตาลซ้ำและ ได้รับคำแนะนำเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 80	อัตราประชากร Pre-DM ในพื้นที่เขตได้รับผิดชอบ ของปีที่ผ่านมาได้รับการ ตรวจน้ำตาลซ้ำและ ได้รับคำแนะนำเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 90	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40
HT	มีการเตรียมความพร้อม และแผนงานในการ ดำเนินงานสำหรับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง ในพื้นที่เขต ได้รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 3	อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงและสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขต ได้รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 5	อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ใน พื้นที่เขตได้รับผิดชอบ ได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน Pre-DM ไม่ เกินร้อยละ 2.40
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ใน พื้นที่เขตได้รับผิดชอบ ได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน Pre-DM ไม่ เกินร้อยละ 2.28
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ใน พื้นที่เขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน Pre-DM ไม่ เกินร้อยละ 2.16
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ใน พื้นที่เขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40

หมายเหตุ : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

1. งดสูบบุหรี่ และดื่มควันบุหรี่ อย่างน้อย 6 เดือน

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

กำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)

3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 6 เดือน

** วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน	อัตรา	2.09	2.40	2.07 รอบ 9 เดือน (จากระบบ ข้อมูล HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)
	อัตราผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงและสงสัย ป่วยความดันโลหิตสูง (อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูงใน เขตรับผิดชอบได้รับ การวัดความดันโลหิต ที่บ้าน)	อัตรา	-	-	-
ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงสุนีย์ วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 2. นางเมตตา คำพิบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-59039643 3. นายกันทพล ทับหุ่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค		หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : mettakum@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kanthabhon@gmail.com		

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+C)/(B+D)) \times 100$ $((A/B)+(C+D))/2 \times 100$

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	22. ร้อยละของสถานพยาบาล เอกชน และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพ 2 กลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งมี 2 ประเภทได้แก่ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลเอกชน) ทั่วประเทศ ■ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด ■ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด <p>หมายเหตุ ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จะต้องปรากฏว่า ผู้ขอรับใบอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงออกตามความใน พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559</p> <p>สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง คลินิกเอกชน</p> <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานพยาบาลเอกชน) หมายถึง คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) และได้รับการตรวจหลักฐานเอกสารครบถ้วน ถูกต้อง จนกระทั่งได้รับการอนุญาตจากผู้อนุญาต ระยะเวลาเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจการสปา อันได้แก่ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตาม

	<p>กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือการอาบน้ำ นวดหรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ</p> <p style="text-align: center;">- กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ยกเว้นการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลเอกชน/หน่วยงานสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และการนวด/การอบตัวที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ</p> <p style="text-align: center;">- กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง</p> <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ) หมายถึง กระบวนการที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจประเมินจากผู้อนุญาตหรือคณะที่ผู้อนุญาตแต่งตั้งมีมติว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานด้านสถานที่ มาตรฐานด้านความปลอดภัยและมาตรฐานด้านการให้บริการ</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100 กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 65	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100 กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 70	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100 กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 75	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100 กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 80
เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 82.5	เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 85	เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 87.5	เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 90

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด ร้อยละ 90	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด ร้อยละ 90
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์

	มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด ร้อยละ 65	มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด ร้อยละ 70	มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด ร้อยละ 75	มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด ร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) และสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p><u>สถานพยาบาลเอกชน</u></p> <p>ทุกเดือน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บันทึกข้อมูลรายงานผลตัวชี้วัดผ่าน ทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งทางสำนักงานสาธารณสุขและการประกอบโรคศิลป์จะส่ง Link ของ แบบการรายงานผลตัวชี้วัดฯที่ Line สารวัตรออนไลน์ ทุกสิ้นเดือน โดยทางสำนักงาน สนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 ดำเนินการติดตาม การรายงานผลจากสสจ.ในภาพ เขตและแจ้งผลตัวชี้วัดฯให้สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบโรคศิลป์ทราบ เพื่อ จัดทำเป็นรายงานผลการดำเนินงานทั่วประเทศ โดยส่งภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน</p> <p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>แบบรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานผ่าน www.thaispa.go.th</p>				
แหล่งข้อมูล	<p><u>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</u></p> <p><u>สถานพยาบาลเอกชน</u></p> <p>สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบโรคศิลป์ (ข้อมูลทั่วประเทศ) และ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับ เขต) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ข้อมูลระดับจังหวัด)</p> <p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 – 12 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 				
รายการข้อมูล 1	<p>$A1 = \text{จำนวนอนุมัติใบอนุญาต (รายใหม่ + รายเก่า)}$</p> <p>$A = \text{จำนวนคลินิกเอกชนรายใหม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด}$</p>				
รายการข้อมูล 2	<p>$A2 = \text{จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด}$</p> <p>————— (รายใหม่ + รายเก่า)</p> <p>$B = \text{จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถาน}$ $\text{ประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559}$</p>				

รายการข้อมูล 3	$B1 = \text{จำนวนสถานพยาบาลที่ขออนุญาตใหม่} + \text{ขอการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ}$ $\text{— สถานพยาบาล (รายเก่า)}$ $C = \text{จำนวนคลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอตั้งใหม่ทั้งหมด}$
รายการข้อมูล 4	$B2 = \text{จำนวนสถานประกอบเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการและจำนวน}$ $\text{— สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (รายใหม่ + รายเก่า)}$ $D = \text{จำนวนสถานประกอบเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการตั้งแต่เดือน}$ $\text{กรกฎาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 และได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน}$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A1/B1) \times 100 + (A2/B2) \times 100)/2$ หมายเหตุ ร้อยละของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด $= (A1/B1) \times 100$ ร้อยละของสถานประกอบเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด $= (A2/B2) \times 100$ 1. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(A/C) \times 100$ 2. ร้อยละของสถานประกอบเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(B/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : 1. สถานพยาบาลเอกชน : ทุกเดือน 2. สถานประกอบเพื่อสุขภาพ : ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 25 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 50 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 75 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100 90
กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมาย ร้อยละ 30 50	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมาย ร้อยละ 40 55	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมาย ร้อยละ 50 60	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65

เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 27.5	เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 45	เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 62.5	เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 82.5
--	--	--	--

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 25 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 50 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 75 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100 90
สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 55	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 65	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 70
			เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 85

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 25 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 50 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 75 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100 90
สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 70	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 75

				เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 87.5
--	--	--	--	--

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 25 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 50 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 75 90	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100 90
สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 70	สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 75	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมาย ร้อยละ 80
			เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :

กลุ่ม 1 จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและ/หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด โดย สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

กลุ่ม 2 จัดทำรายงานสรุปจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด โดย กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

สถานพยาบาลเอกชน

ประเมินจากข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ โดยที่ในกระบวนการขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 67 วันทำการ อ้างอิงจากหนังสือคู่มือสำหรับประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพงานคลินิก ISBN : 978-616-11-3402-0 หน้า 3

	<p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>ประเมินผลจากแบบรายงานผลการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งจัดทำรายงานผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต รวบรวมรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในเขตรับผิดชอบส่งกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุก 3 เดือน - กลุ่มควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจัดทำรายงานพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทุก 3 เดือน - กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขตและกลุ่มควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประมวลผลการดำเนินงานภาพรวมส่งกลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทุก 3 เดือน 							
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p><u>สถานพยาบาลเอกชน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 - คู่มือสำหรับประชาชน งานคลินิก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) <p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่มือแนวทางการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 - หนังสือเอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปา 							
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1" data-bbox="906 1346 1489 1406"> <tr> <td></td> <td>2558</td> <td>2559</td> <td>2560</td> </tr> </table>			2558	2559	2560
	2558	2559	2560					
	<p>สถานพยาบาล</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>100</p>			
	<p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p> <p>87.30</p>			
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p><u>กลุ่มที่ 1</u> สถานพยาบาลเอกชน</p> <p>1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410 โทรศัพท์มือถือ : 081-7662234</p> <p>โทรสาร : 02-1495631 E-mail : akom_p@hotmail.com</p>							

	<p>2. นางพรพิศ กาลนาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415 โทรศัพท์มือถือ : 081-7319771 โทรสาร : 02-1495631 E-mail : kanlanan@hotmail.com</p> <p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ <u>กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>1. นางอภิญญา พรหมณา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรศัพท์มือถือ : 081-7763037 โทรสาร : E-mail : aewapinya@hotmail.com</p> <p>นายพรเทพ ล้อมพรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : 097-0986355 โทรสาร : E-mail : porntep.taro@gmail.com</p> <p>2. นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร กongsถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com</p> <p>นายชิตพิพัทธ์ ศรีงามเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : chitipat@gmail.com</p> <p>กongsถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. ว่าที่ร้อยตรีหญิงศิริพร ประชนมพันธ์ กลุ่มแผนงาน 2. นายธานี มูลประดับ กลุ่มแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : fkpi@hss.mail.go.th</p> <p>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สถานพยาบาลเอกชน กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 E-mail : fkpi@hss.mail.go.th สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กongsถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p><u>กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชน</u></p> <p>1. นางวรีชา ลินธุเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18406 โทรศัพท์มือถือ : 081-7319763 โทรสาร : 02-1495631 E-mail : vareeya10@gmail.com</p> <p>1. นางสาวประนอมณัฐา วิไลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18407 โทรศัพท์มือถือ : 081-7319764 โทรสาร : 02-1495631 E-mail: mew5555@hotmail.com</p> <p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>2. ผู้รับผิดชอบการรายงานตัวชี้วัดในระดับเขต ของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 1 – 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p><u>กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>1. นางอภิญญา พรหมณา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรศัพท์มือถือ : 081-7763037 โทรสาร : E-mail : aewapinya@hotmail.com</p> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : 097-0986355 โทรสาร : E-mail : porntep.taro@gmail.com</p> <p>2. นายชิติพัทธ์ ศรีงามเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : chitipat@gmail.com</p> <p>2. นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com</p> <p>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>1. ว่าที่ร้อยตรีหญิงศิริพร ประชนมพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นายธานี มูลประดับ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : fkpi@hss.mail.go.th</p> <p>กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>
---	--

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

แนวทางการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

แนวทางการพัฒนาตาม บัณฑิต 4 ชั้น

ผ่านระดับดีเยี่ยม (ต้นแบบ) หมายถึง

4. เกิดนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลลดโลกร้อน

ผ่านระดับดีมาก หมายถึง

3. สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ภาคีเครือข่ายในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อนได้

3. สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ภาคีเครือข่ายในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อนได้

ผ่านระดับดี หมายถึง

2. มีการนำเข้าข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

2. มีการนำเข้าข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

2. มีการนำเข้าข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 2 ปีงบประมาณ

ผ่านระดับพื้นฐาน หมายถึง

1 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าซเรือนกระจก

2 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าซเรือนกระจก

เพื่อวางแผนการลดก๊าซเรือนกระจก

1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ในระดับพื้นฐาน

1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ทั้งในระดับพื้นฐานและระดับดี

1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN **ทุกข้อ**

1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN **ทุกข้อ**

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

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
	<p>2.2 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป และมีภาชนะรองรับมูลฝอยทั่วไปแยกตามประเภท คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยย่อยสลายได้ (มูลฝอยอินทรีย์) มูลฝอยอื่นๆ</p> <p>2.3 มีการเก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ และ/หรือมีสถานที่พักรวมที่ถูกสุขลักษณะ</p> <p>2.4 มีการกำจัดมูลฝอยทั่วไปโดยส่งไปกำจัดกับหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามข้อกำหนดของท้องถิ่น</p>		
	<p>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</p> <p>— มีการคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายออกจากมูลฝอยชนิดอื่น</p> <p>มีการเก็บรวบรวม/เคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลไปยังที่พักรวมมูลฝอยเพื่อรอการนำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดย</p>	<p>6. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</p> <p>— มีการแยกเก็บรวบรวมตามประเภท เช่น ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา/ภาชนะบรรจุสารเคมี/ซากแบตเตอรี่และถ่านไฟฉาย/ซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์/หลอดไฟ เป็นต้น</p>	<p>9. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</p> <p>— นำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดยหน่วยงานที่กำจัดต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม</p>

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
	หน่วยงานที่กำจัดการต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม		
RESTROOM (ห้อง ส้วม)	1. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณสุขไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	2. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณสุขไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน	3.1 ผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณสุขไทย (HAS) ทุกจุด 3.2 มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล 3.3 ลดการใช้สารเคมีในห้องส้วม
ENERGY (การจัดการ ด้านพลังงาน)	1. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	2. มีการใช้ประโยชน์จากปัจจัยธรรมชาติให้เกิดการประหยัดพลังงาน/หรือมีการใช้พลังงานทดแทน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อลดความร้อนเข้าสู่อาคาร การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณรอบอาคารให้ร่มรื่น เย็นสบาย	3. มีการรายงานผลการประหยัดพลังงานจากทุกส่วนภายในองค์กร และภาพรวม โดยต้องสามารถชี้ให้เห็นประสิทธิผล เช่น ลดอัตราค่าไฟฟ้า หรือลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นต้น หรือผลความสำเร็จของการประหยัดพลังงานได้อย่างชัดเจน ตรวจสอบได้
ENVIRONMENTAL (การจัดการ สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล)	1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไป มีการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก เช่น การดำเนินงานกิจกรรม 5ส. การจัดการน้ำเสีย การปรับปรุงภูมิทัศน์ การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น	2. มีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการทำงาน โดยการพัฒนาสถานที่ทำงาน น้่าอยู่ น้่าทำงาน (Healthy Work-Place)	3. มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยการจัดการสภาพสิ่งแวดล้อม ที่สามารถส่งเสริมการมีสุขภาพดีให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การจัดให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย การจัดให้มีอุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือ พื้นที่สำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<p>NUTRITION (การจัดการ สุขาภิบาลอาหารและ น้ำ)</p>	<p>1. มีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>1.1 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน</p> <p>1.2 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>1.3 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (๑-11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง</p> <p>1.4 มีระบบการรายงานผลตามสายบังคับบัญชา และการจัดทำเอกสารผลการตรวจเป็นปัจจุบัน</p>	<p>2. มีการรณรงค์ด้านอาหารปลอดภัย การใช้ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง</p> <p>2.1 การจัดการโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล</p> <p>2.2 การรณรงค์เลิกใช้ฟิโอมในโรงพยาบาล</p> <p>2.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับดี</u></p> <p>2.4 ร้อยละ 90 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>2.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (๑-11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และมีผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี</p>	<p>3. โรงพยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ชุมชนในเรื่องอาหารปลอดภัย</p> <p>3.1 ส่งเสริมการปลูกผักปลอดภัยในโรงพยาบาล</p> <p>3.2 ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายผักปลอดภัยจากในชุมชน เช่น ชมรมผักปลอดภัย ตลาดนัดสีเขียว เป็นต้น</p> <p>3.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับดีมาก</u></p> <p>3.4 ร้านอาหารทั้งหมดในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>3.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (๑-11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD, น้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย และร้านอาหารในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และมีผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค กรมอนามัย</p>

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
Carbon Footprint ของโรงพยาบาล	-	<p>บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 1 ปีงบประมาณ</p> <p>http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/</p> <p>การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการลดก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 2 ปีงบประมาณ</p> <p>http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/</p> <p>การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการลดก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>

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

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

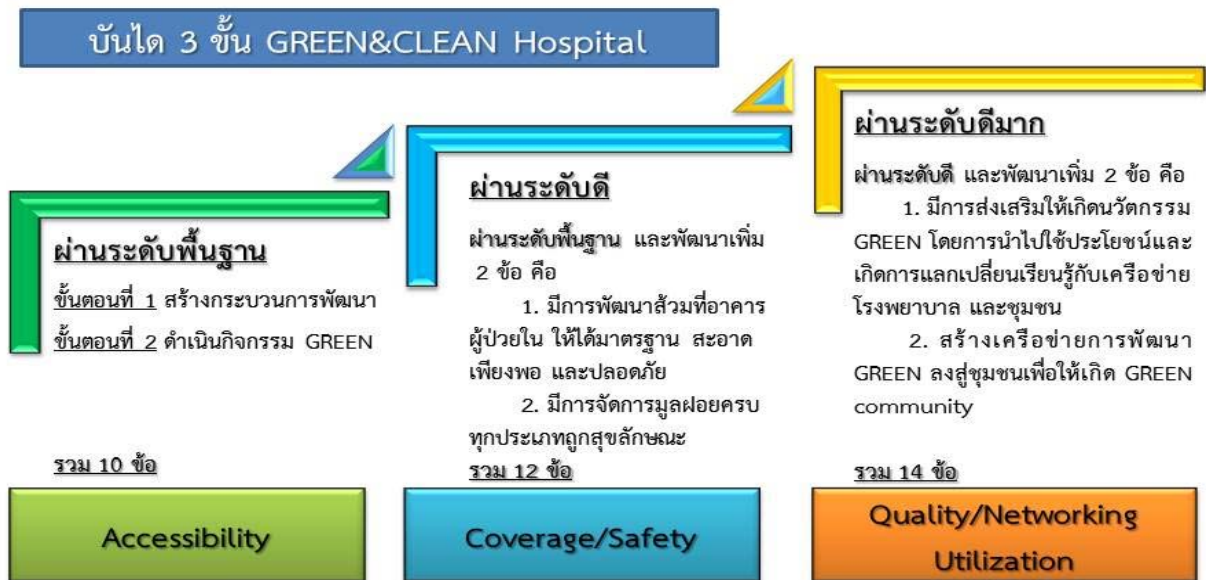
เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital

เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก

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

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

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



แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

ชื่อโรงพยาบาล

จังหวัด

ศูนย์อนามัยที่.....

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการพัฒนา					
	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร 2. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น 4. มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital 5. มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN					
ระดับพื้นฐาน					
G: Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	<p>โรงพยาบาลมีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 หัวข้อคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>บุคลากร</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 1.2. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2. <u>การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด 2.2. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม 3. <u>การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุ 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>และการกักกรองของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้</p> <p>3.2. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก ถักน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม</p> <p>3.3. มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>3.4. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น</p> <p>3.5. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง</p> <p>3.6. ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>4. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>4.1. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>4.2. ใช้รถเข็นเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย</p> <p>4.3. มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน</p> <p>4.4. มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย</p> <p>5. <u>ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>5.1. มีพื้นและผนังที่บดด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำ และมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้</p> <p>5.2. มีข้อความสีแดงที่ระบุว่า “<u>รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น</u>”</p> <p>5.3. มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่เกิดหล่นประจำรถเข็น</p> <p>6. <u>สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>6.1. เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด</p> <p>6.2. พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค</p>			

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

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>7.2. กรณีให้ผู้อื่นกำกัดให้</p> <p>7.2.1. มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื่อไปกำกัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำกัดที่เชื่อได้ว่ามีการกำกัดมูลฝอยติดเชื่อด้วยวิธีที่ถูกต้อง</p> <p>7.2.2. มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556) และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื่อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำกัดมูลฝอย ติดเชื่อ พ.ศ. 2545</p>			
	<p>3 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกต้องลักษณะ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยทั่วไปตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำกัดมูลฝอยทั่วไป 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย อย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ (ร่อนนำไปกำกัด) 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุดที่รัดกุม และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไปอย่างชัดเจน 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>5. ล้างทำความสะอาดรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจในแต่ละวัน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค</p> <p>6. ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป มีพื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย</p> <p>7. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวันเวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง</p>			
R: RESTROOM (การพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS))	<p>4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)</p>	<p><u>อาคารผู้ป่วยนอก (Out Patient Department)</u> หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการเป็นจุดบริการแรกผู้ป่วยต้องมาติดต่อ มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และไม่ได้รับไว้ค้างคืน อาคารผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย (HAS) ใน 16 ข้อ ได้แก่</p> <p>ความสะอาด (Health:H)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>3. กระจกชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้</p> <p>4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้</p> <p>5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ</p> <p>6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง</p> <p>7. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น</p> <p>8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด</p> <p>9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ</p> <p>ความเพียงพอ (Accessibility: A)</p> <p>10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่</p> <p>*ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวก</p>			

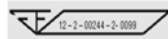
กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>ความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ <p>ความปลอดภัย (Safety: S)</p> <ol style="list-style-type: none">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

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<ol style="list-style-type: none"> 1. มีมาตรการการดำเนินงานการประหยัดพลังงานที่ชัดเจน 2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน 3. มีการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่สอดคล้องกับนโยบาย 			
E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6 มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มีความสะดวกในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ยุง และปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศได้ดี 2. มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน เช่น กิจกรรม 5ส กิจกรรมสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place) เป็นต้น 3. มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) 4. การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น 			
	7 มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมให้ความรู้ โดยการสอน สาธิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ให้สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้อง 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
	<p>ทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</p>	<p>2. จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดีและป้องกันบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)</p>			
<p>NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)</p>	<p>8 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน</p>	<p>สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน <u>ผ่าน 15 ข้อ</u> ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักมูลฝอยหรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย 2. บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวรแข็งเรียบ มีสภาพดี และสะอาด 3. อาหารและเครื่องต้มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเครื่องหมายแสดงการได้รับอนุญาตที่ถูกต้องของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เลขสารบบอาหาร 13 หลัก) 4. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<ol style="list-style-type: none"> 5. อาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิดวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 6. การลำเลียงอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด 7. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่มีพิษภัย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาวหรือสีอ่อน 8. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อออกจากกัน 9. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรค อ่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และต้องมีท่อระบายน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี 10. ช้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด 11. ใช้ถังมูลฝอยสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>12. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม - ปรง ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้งานได้ดีในบริเวณห้องส้วม</p> <p>13. ผู้ปรง ผู้เสิร์ฟ แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ</p> <p>14. ผู้ปรง ผู้เสิร์ฟ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรคและโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้</p> <p>15. ผู้ปรง ผู้เสิร์ฟ มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน</p> <p>หากการจัดบริการอาหารในโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับพื้นฐาน 15 ข้อข้างต้นใน TOR และโรงพยาบาลควรให้คำแนะนำตามมาตรฐาน</p>			
	<p>9 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p>	<p>ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน 2. ไม่เตรียมปรงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น  เลขสารบบอาหาร หรือเครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)</p> <p>4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส</p> <p>5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิดวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p> <p>6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p> <p>7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p> <p>8. เขียงและมีด ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>9. ซ้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p> <p>10. มุลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลัก สุขาภิบาล</p> <p>11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา</p> <p>12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็คคลุมผม</p> <p>13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบจำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด</p> <p>14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร</p> <p>15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด</p>			
	10 จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	1. จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>2. มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีมีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง</p>			
ระดับดี					
	<p>11 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</p>	<p>มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท โดยเพิ่มการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ณ แหล่งกำเนิด 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างชัดเจน 5. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวันเวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
	12 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)	<p><u>อาคารผู้ป่วยใน (Ward)</u> หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และรวมถึงคลินิก/แผนกต่างๆ เช่น แผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรม แผนกสูติ - นรีเวช แผนกโรคผิวหนัง เป็นต้น</p> <p>อาคารผู้ป่วยในของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมประเทศไทย (HAS) ใน 16 ข้อ</p>			
ระดับดีมาก					
	13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	<p>มีการสร้าง นวัตกรรม GREEN หมายถึง มีการทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีใหม่ๆ อาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทาง <u>ความคิด การผลิต กระบวนการ หรือองค์กร</u> หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - Product Innovation คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของที่แตกต่างกันจากรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN - Process Innovation คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการดำเนินงานตาม GREEN - Service Innovation คือ การนำความคิดและแนวทางการดำเนินงานด้านการบริการรูปแบบใหม่ๆ ที่ผ่านการคิดอย่าง 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>เป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ มาใช้เป็นแนวทางการสร้างการบริการที่แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Management Innovation คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสานการทำงาน รูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ๆ ในการบริหารจัดการสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN 			
	<p>14 สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</p>	<p>โรงพยาบาลร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรม GREEN ในชุมชน</p>			

สรุปผลการประเมิน

ผ่านในระดับ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก

ต้องปรับปรุง (ชื่อ

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้รับการประเมิน

(.....

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน..... พ.ศ.

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
คำนิยาม	จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้ 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) 3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย 4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) 5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) 6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานและส่งให้ศูนย์อนามัย เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางกรมอนามัย ตามแบบฟอร์มการรายงาน พร้อมสำเนาแบบฟอร์มการรายงานรายจังหวัดเป็นรายไตรมาส 3. หน่วยงานส่วนกลาง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส 4. การรายงานผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ธค.60, มีค.61, มิย.61, กย.61)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ^๑	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน (จังหวัด ประเมินตนเอง)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน (ประเมิน โดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (ประเมินโดยศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก (จังหวัด ประเมินตนเอง)	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดีมาก</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด) 2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต (สคร.) ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด) 3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภาพรวมของประเทศ
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 3. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุข และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 4. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 5. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) เพื่อรองรับระบบข้อมูลระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนแนวทางการจัดทำข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 7. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน 8. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่ 9. แนวทางการดำเนินงานการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 10. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล 11. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 12. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13. คู่มืออบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ 14. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล 15. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital 16. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	ร้อยละ	-	-	51.32 (39 จังหวัด) 60.53 (46 จังหวัด) ณ 25 กย.60
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ประเด็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p> <p>1. นางสาวอำพร บุครัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904359 โทรศัพท์มือถือ : 081-8311430 โทรสาร : 02-5904356 E-mail : amporn.b@anamai.mail.go.th</p> <p>นางสาวพาสนา ชมกลิ่น นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904356 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th</p> <p>กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย ประเด็นการสนับสนุนการดำเนินงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)</p> <p>1. นางสาวชญาณี ศรีวรรณ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : chayanee.s@anamai.mail.go.th</p> <p>ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย</p> <p>1. นางสาวปานิสสา ศรีดีโรมนต์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : 091-8814733 โทรสาร : 02-5904200 E-mail : panisa.s@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ประเด็นการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)</p> <p>1. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904177 โทรศัพท์มือถือ : 080-4346888 โทรสาร : 02-5904186,88 E-mail : chailert.k@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)					
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)					
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
ระดับการแสดงผล	ประเทศ					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงการตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็นการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) และการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (I63-I69)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี</p>					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>- ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12</p> <p>- ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม</p>					
แหล่งข้อมูล	<p>- รายงาน ตก.2</p> <p>- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข</p>					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหออผู้ป่วย (I60-I69)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหออผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (I60-I69)					
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตายจากทุกหออผู้ป่วย (I60-I62)					
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหออผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (I60-I62)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. $(A/B) \times 100$</p> <p>2. $(C/D) \times 100$</p>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
			พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
	8.3	ร้อยละอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	17.1	9.9	8.3	9.1

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
---	--

เอกสารประกอบ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7)
- (2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 25)
คำนิยาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- (1) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วง เวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 25)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I62) (C)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตกจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I62) (D)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก (C/D) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	<p>29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)</p> <p>29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)</p> <p>29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)</p>				
คำนิยาม	<p>29.1 RDU การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU1 และ RDU2</p> <p>- RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>- RDU 2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RDU ชั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">RDU 1 (รพ.)</th> <th style="text-align: center;">RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>Process</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td> </tr> </tbody> </table>	RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)	<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>Process</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)				
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>Process</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค 				

■ RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU 1	RDU 2
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU 1	RDU 2
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

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

กิจกรรม AMR

1 กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR

โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ

	<p>AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เภสัชกร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ</p> <p>2 การควบคุม กำกับ และดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, Third and fourth generation of cephalosporins, Fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น <i>Cefoperazone-Sulbactam</i>, <i>Piperacillin/tazobactam</i>, Amoxicillin-Clavulanic acid</p> <p>3 การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง และ (3) รายงานเชื้อก่อโรค และความไวของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของตนยังสถาบันบำราศนราดรุร กรมควบคุมโรค</p> <p>4 การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>4.1 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขตรับผิดชอบ</p> <p>4.2 โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
--	--

	<p>5 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง และส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>
	<p>5 วิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 20%	RDU ชั้นที่ 2 80%	RDU ชั้นที่ 2 80% RDU ชั้นที่ 3 20%	RDU ชั้นที่ 3 80%
AMR: ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาล มีระบบการ จัดการ AMR อย่างบูรณาการ			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
RDU ชั้นที่ 1 60% RDU ชั้นที่ 2 5%	RDU ชั้นที่ 1 70% RDU ชั้นที่ 2 10%	RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 15%	RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 20%
		AMR: ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาลที่มีระบบ การจัดการ AMR อย่าง บูรณาการ	AMR: ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาลที่มีระบบ การจัดการ AMR อย่าง บูรณาการ

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			RDU ชั้นที่ 3 80%		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ข้อมูลไตรมาส 3/2560	ร้อยละ	-	-	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ญญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ เกษัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และกิจกรรมข้อที่ 1-3 ของตัวชี้วัด AMR)</p> <p>2. นางวารภรณ์ เทียนทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980 โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com สถาบันบำราศนราดูร (กิจกรรมข้อที่ 4 ของตัวชี้วัด AMR)</p> <p>3. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 โทรสาร : 02-5910343 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th 02-9511486 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (กิจกรรมข้อที่ 5 ของตัวชี้วัด AMR)</p> <p>4. นพ.ฐิติพงษ์ ยิ่งยง นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901795 โทรศัพท์มือถือ : 089-0540301 โทรสาร : 02-5901784 E-mail : thity_24@gmail.com 081-4543593 thity_24@yahoo.com สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค (กิจกรรมข้อที่ 6 ของตัวชี้วัด AMR)</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (RDU/AMR)</p> <p>2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (AMR)</p>				

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราตายทารกแรกเกิด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านทารกแรกเกิด

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

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

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

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

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต (B)	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A/B) x 1,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	33. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20 - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10 - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20 - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30	ร้อยละ 20.5 ร้อยละ 20	ร้อยละ 21 ร้อยละ 20	ร้อยละ 21.5 ร้อยละ 20

เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ทบทวนรูปแบบการบริการ (Service Package) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกระดับตาม Service Plan 2. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ 3. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข	1. พัฒนาโรงพยาบาลเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ 1.1 รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย 2 แห่ง (A-M1) 1.2 รพช. จังหวัดละอย่างน้อย 2 แห่ง (M2-F3) 2. พัฒนา รพ.สต. สู่มาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอำเภอละอย่างน้อย 2 แห่ง	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ -คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-F3) - คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน(A-F3) - คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-M1) - บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์	ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 แบ่งเป็น - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10 - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20 - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 20.5 ร้อยละ 20

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 21 ร้อยละ 20

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 21.5 ร้อยละ 20

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละของผู้ป่วยนอก ที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	17.51	17.15	19.64 (ณ 11 ส.ค. 60) 19.75 (ณ 30 ก.ย. 60)

ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

ปี พ.ศ.	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ
2553	5.78
2554	11.92
2555	11.24
2556	14.05
2557	16.59
2558	17.51
2559	17.15
2560	19.64 19.75

ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495636 โทรสาร : 02-1495636</p> <p>สำนักกองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรสาร : 02-1495677</p> <p>สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>4. นายสมศักดิ์ กริชชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653 โทรสาร : 02-1495653</p> <p>สำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>5. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-8723270 E-mail : tewantha@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ไทย - จีน โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการหัวหน้ากลุ่มงานสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683 E-mail : augus_organ@hotmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p>

	<p>2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394 E-mail : cktmman414@hotmail.co.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p>
--	---	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	36. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จาก ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จาก ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ $(A+B+C) / D \times 100$

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

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

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

Interpretation

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) 37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต) 1.1 Refracture < ร้อยละ 30 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลระดับ M1 S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 28 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล ระดับ M1 S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 25 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ M1 S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 20 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. Refracture < ร้อยละ 30 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 30 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	1. Refracture < ร้อยละ 28 2. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 28 2. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery> ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาล ระดับ M1 S ขึ้นไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	1. Refracture < ร้อยละ 25 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 25 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล ระดับ M1 S ขึ้นไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	1. Refracture < ร้อยละ 20 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 20 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาล ระดับ M1 S ขึ้นไป

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ (C220-C229) มะเร็งปอด (C340-C349) มะเร็งเต้านม (C500-C509) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C180-C209) และมะเร็งปากมดลูก (C530-C539) มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่น่าผลมาตัดสนใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 1.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นโยบายวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)
- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 1.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 85
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 85
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 85

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$\frac{(A_{(s)}/B_{(s)}) + (A_{(c)}/B_{(c)}) + (A_{(r)}/B_{(r)})}{3} \times 100$$

1. $(A_{(s)}/B_{(s)}) \times 100$
2. $(A_{(c)}/B_{(c)}) \times 100$
3. $(A_{(r)}/B_{(r)}) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล

ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

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

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	82	-	82
80	80	80	80

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	82	-	82
80	80	80	80

ปี 2564:

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

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

1. นพ.ภัทรวินท์ อุตตะสารระ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357

โทรสาร : 02-9659851

กรมการแพทย์

2. นายปวิช อภิบาลกุล

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352

โทรสาร : 02-5918279

สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์

รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์

โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334

E-mail : pattarawin@gmail.com

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499

E-mail : eva634752@gmail.com

เอกสารประกอบ

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 85 80%
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 85 80%
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 85 80%

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 85 80%

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 85 80%			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดใน ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงานได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A-B)	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา ≤ 4 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\ 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\ 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85-80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85-80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	41. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (รหัส ICD-10 = C220-C229 C22,C24) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 25589 (25.2 26.3 ต่อประชากรแสนคน)			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ภายในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	24.6	24.3	24	23.7
	26	25.6	25.3	25
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229 C22,C24)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	24.6
				26
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	24.3
				25.6
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	24
				25.3
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	23.7
				25
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 25589			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	25.2 26.3 (25589)	ต่อประชากร แสนคน	25.2	NA 26.3	NA

เอกสารประกอบ

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 12 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในระยะเวลา 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในระยะเวลา 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220, C2429) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x 100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ข้อเสนอแนะนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	42. อัตราตายจากมะเร็งปอด			
คำนิยาม	<p>อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งที่ หลอดเลือด หลอดลมใหญ่และปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349 C33-C34) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน ในช่วงปีนั้น</p> <p>เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2558 2559 (20.16 ต่อประชากรแสนคน)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ภายใน ระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	19.8 20.3	19.6 20.1	19.3 19.9	19 19.6
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349 C33-C34)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	19.8 20.3
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	19.6 20.1
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	19.3 19.9
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	19 19.6
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2558 9			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	20.1 20.6 (25589)	ต่อประชากร แสนคน	20.1	NA 20.6	NA

เอกสารประกอบ

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 12 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในระยะเวลา 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในระยะเวลา 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (A/B) x 100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ข้อเสนอแนะนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m ² /yr
คำนิยาม	<p>CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสี่ยงของไตต่างกัน</p>

เอกสารประกอบ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr
(เป้าหมาย: > ~~65~~ 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ~~2560~~ 2561)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr
(เป้าหมาย: > ~~50~~ 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ~~2559~~ 2560)

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 4 mL/min/1.73 m ² /yr x 100 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (B)	$A \times 100 / B$ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr (A/B)X100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	44. ร้อยละผู้ป่วย ตาบอดจาก ต้อกระจก ชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
คำนิยาม	ตาบอดจาก ต้อกระจก ชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแย่กว่า 20/400

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80
	ร้อยละ 85		ร้อยละ 85

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80
	ร้อยละ 85		ร้อยละ 85

เอกสารประกอบ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านตา

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละผู้ป่วย**ตาบอดจาก**ต้อกระจก**ชนิดบอด** (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วย**ตาบอดจาก**ต้อกระจก**ชนิดบอด** (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่า
หรือเท่ากับ **80 85%** ของเป้าหมาย)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

- (1) ร้อยละผู้ป่วย**ตาบอดจาก**ต้อกระจก**ชนิดบอด** (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วย**ตาบอดจาก**ต้อกระจก**ชนิดบอด** (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่า
หรือเท่ากับ **80 85%** ของเป้าหมาย)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วย ตาบอดจาก ต้อกระจก ชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (A)	จำนวนผู้ป่วย ตาบอดจาก ต้อกระจก ชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตวาระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการวินิจฉัย (B)	ร้อยละผู้ป่วย ตาบอดจาก ต้อกระจก ชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)															
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)															
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ															
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ															
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	45. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล															
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสมาคมกำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกไปปลูกถ่าย จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560 <p>หมายเหตุ :</p> <p>ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตตั้งเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่นๆส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ</p>															
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.4 : 100</td> <td>0.5 : 100</td> <td>0.6 : 100</td> <td>0.7 : 100</td> </tr> <tr> <td>0.7 : 100</td> <td>0.8 : 100</td> <td>0.9 : 100</td> <td>1.0 : 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	0.4 : 100	0.5 : 100	0.6 : 100	0.7 : 100	0.7 : 100	0.8 : 100	0.9 : 100	1.0 : 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64													
0.4 : 100	0.5 : 100	0.6 : 100	0.7 : 100													
0.7 : 100	0.8 : 100	0.9 : 100	1.0 : 100													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, และ S และ M1 ทั่วประเทศ															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในช่วงปีงบประมาณ 2561 มาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, และ S และ M1 ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2560															
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, และ S และ M1 ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2560 															

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.1 : 100	0.2 : 100	0.3 : 100	0.4 : 100
0.175 : 100	0.35 : 100	0.525 : 100	0.7 : 100

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.125 : 100	0.25 : 100	0.375 : 100	0.5 : 100
0.2 : 100	0.4 : 100	0.6 : 100	0.8 : 100

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.15 : 100	0.3 : 100	0.45 : 100	0.6 : 100
0.225 : 100	0.45 : 100	0.675 : 100	0.9 : 100

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.175 : 100	0.35 : 100	0.525 : 100	0.7 : 100
0.25 : 100	0.5 : 100	0.75 : 100	1.0 : 100

เอกสารประกอบ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

สถานการณ์ด้านการปลูกถ่ายไต.....

2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย: 1.0:100 (ในปีงบประมาณ 2564))

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ใน ปีงบประมาณ 2560 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B)X100	
จังหวัด 1				
2				
3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขต).....

3 สรุประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

5 ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

6 นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด			
ระดับการแสดงผล	หน่วยงาน และกระทรวง			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (3 month remission rate)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 70 90	ร้อยละ 72 90	ร้อยละ 74 90	ร้อยละ 76 90
วัตถุประสงค์	ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน หลังการจำหน่ายจากการบำบัดรักษา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดยา ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการการบำบัดรักษา (ขสต. ติดตาม)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนดจากหน่วยบริการ และได้รับการติดตามในระยะเวลา 3 เดือน			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	70	70 90	- 90	70 90
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	72	72 90	- 90	72 90
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	74	74 90	- 90	74 90

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
76	76 90	- 90	76 90

วิธีการประเมินผล :

หน่วยบริการสถานบริการ (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการบำบัดรักษา) จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติด และสารเสพติดเทคนิคบริการ กองบริหารการสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบข้อมูล เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
66 70	68 75	70 80	72 85	74 90

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา 3 เดือน (3 month remission rate)	ร้อยละ	70.65 87.57	69.57 90.92	63.69 93.71
ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา 6 เดือน	ร้อยละ	78.95	70.18	49.52
ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา 12 เดือน	ร้อยละ	72.93	70.96	40.68

ณ วันที่
11/08/2560

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นพ.อังกูร ภัทรารากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106 โทรสาร : E-mail : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์</p> <p>2. พญ.บุญศิริ จันศิริมงคล ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884 โทรสาร : E-mail : โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-6667553 โทรสาร : 02-1495533 E-mail : burinsura@hotmail.com สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต</p> <p>3. นพ.อัครพล คุรุศาสตร์ รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450 โทรสาร : 02-5901740 E-mail : akraponmuk@gmail.ccom กองบริหารการสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 089-1050344 โทรสาร : 02-5901740 E-mail : acharawi@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>2. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 โทรศัพท์มือถือ : 097-0314811 โทรสาร : E-mail : rabiab_to@yahoo.com สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p> <p>3. นางไพวัล อัจจหาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8107445 โทรสาร : E-mail : wanarthan@gmail.com สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>

เอกสารประกอบ

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

(เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

(เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินการดูแลระยะกลาง (A)	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (A/B)x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

รายการเหตุการณ์แนวทางการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
1	Inguinal hernia	Herniotomy herniorrhaphy Hernioplasty 53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® Excludes: laparoscopic unilateral repair of inguinal hernia (17.11-17.13) 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ® Direct and indirect inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ® 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ® Excludes: laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia (17.21-17.24) 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ® 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ® 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ® 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis ® 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.2 Unilateral repair of femoral hernia

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.3 Bilateral repair of femoral hernia 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
2	Hydrocele	61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis) Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis Excludes: percutaneous aspiration of hydrocele (61.91)
3	Hemorrhoid	49.4 Procedures on hemorrhoids 49.42 Injection of hemorrhoids 49.43 Cauterization of hemorrhoids Clamp and cautery of hemorrhoids 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS 49.47 Evacuation of thrombosed hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure
4	Vaginal bleeding	postpartal manual exploration of uterine cavity (75.7) 68.12 Hysteroscopy Excludes: that with biopsy (68.16) 68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus 68.19 Other diagnostic procedures on uterus and supporting structures 68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae Lysis of intraluminal uterine adhesions 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation Dilatation and curettage Hysteroscopic endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus Uterine myomectomy Excludes: biopsy of uterus (68.13, 68.16) uterine fistulectomy (69.42)
		69 Other operations on uterus and supporting structures Code also any application or administration of an adhesion barrier substance (99.77)

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		69.0 Dilation and curettage of uterus Excludes: aspiration curettage of uterus (69.51-69.59) 69.01 Dilation and curettage for termination of pregnancy 69.02 Dilation and curettage following delivery or abortion 69.09 Other dilation and curettage Diagnostic D and C 69.5 Aspiration curettage of uterus Excludes: menstrual extraction (69.6) 69.51 Aspiration curettage of uterus for termination of pregnancy Therapeutic abortion NOS 69.52 Aspiration curettage following delivery or abortion 69.59 Other aspiration curettage of uterus
5	<i>Esophagogastric varices</i> (Esophageal varices, Gastric varices)	42.33 Esophageal varices by endoscopic approach Control of esophageal Bleeding by endoscopic approach 43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach 44.4 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6	Esophageal Stricture	44.2 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic ablation of tumor of large intestine
9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	51.10 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP] 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy
		51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
10	<i>Pancreatic duct stone</i>	52.13 Endoscopic retrograde pancreatography (ERP) 51.82 Pancreatic sphincterotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct 52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct
11	<i>Bile duct stricture</i>	51.10 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP] 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
12	Pancreatic duct stricture	52.13 Endoscopic retrograde pancreatography (ERP) 51.82 Pancreatic sphincterotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct

เอกสารประกอบ

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ One day surgery : ODS

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

(เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์

- อังกฤษผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 65% อเมริกาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก >60% ค.ศ.2016 จะเพิ่มขึ้นถึง 75% ประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้สาเหตุสำคัญคือการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน
- ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า one day surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้จนเกือบครบครันได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติในการรักษาพยาบาลลงมาก
- ผู้ป่วยที่ทำการหัตถการวันนอนเฉลี่ย 3 วัน, ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

(เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับบริการผ่าตัดด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (A/B) x 10	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 49 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery (MIS)

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery

(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery

(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข ในการเข้ารับการผ่าตัด แบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้า รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. รวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงในปี 2559, 2560 เป็นข้อมูลพื้นฐาน</p> <p>2. วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต</p> <p>3. Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ</p> <p>4. วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต</p> <p>1. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มี National Triage - จัดทำคู่มือ ER คุณภาพ และความปลอดภัย(ER Safety Goals) - ปรับปรุงเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS) 	<p>1. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน</p> <p>1. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ 40 <p>2. การจัดการสาธารณสุขภายในสถานพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 40 <p>3. ER คุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 40 	<p>1. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน</p> <p>1. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ 60 <p>2. การจัดการสาธารณสุขภายในสถานพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 60 - จำนวนของโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ ร้อยละ 70 <p>3. ER คุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M1, S, A มี 	<p>1. อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12</p> <p>1. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ 80 <p>2. การจัดการสาธารณสุขภายในสถานพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 80 <p>3. ER คุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 80

<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำมาตรฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน - สื่อสารนโยบายและการดำเนินงานพัฒนาห้องฉุกเฉิน 		TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 60	
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 10
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 8
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 6

เอกสารประกอบ

ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (A)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B)	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)		
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ		
โครงการที่	1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	51. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : - ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561 - ติดตามตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2561 - 2564 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
			ร้อยละ 85

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมเกียรติและพื้นที่เฉพาะ				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจ พิเศษทั้งหมด (24 27 แห่ง)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีว อนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขต พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	ร้อยละ	-	-	รอผล 55.56

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และ

เวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (24 27 แห่ง)

ข้อมูลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ณ วันที่ 31 ก.ค. 60 3 ตค. 60

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2560	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การจัดการบริการอาชีวอนามัย	การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สคร. 1	เชียงราย	รพช.เชียงรายประชานุเคราะห์	รพช.แม่สาย	✓	✓
			รพช.เชียงแสน แม่สาย	✓	✓
			รพช.เชียงของ เชียงแสน	(รอผลประเมิน) -	(รอผลประเมิน) -
			รพช.เชียงของ	✓	✓
สคร. 2	ตาก	รพท.แม่สอด			
			รพช.พบพระ	(รอผลประเมิน) -	-
			รพช.แม่ระมาด	-	-
สคร. 5	กาญจนบุรี	รพท.พหลพลพยุหเสนา		(รอผลประเมิน) ✓	(รอผลประเมิน) ✓
สคร. 6	ตราด	ตราด	รพช.คลองใหญ่	✓	✓
			คลองใหญ่		
	สระแก้ว	รพท.อรัญประเทศ		✓	-
		สระแก้ว	รพช.วัฒนานคร		
		อรัญประเทศ	วัฒนานคร	-	-
สคร. 8	หนองคาย	รพท.หนองคาย		(รอผลประเมิน) ✓	(รอผลประเมิน) ✓
			รพช.สระใคร	-	-
	นครพนม	รพท.นครพนม		✓	✓
			รพช.ท่าอุเทน	-	-
สคร. 10	มุกดาหาร	รพท.มุกดาหาร		✓	✓
			รพช.ห้วยทับทัน	(รอผลประเมิน) ✓	(รอผลประเมิน) ✓

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2560	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การจัดบริการ อาชีวอนามัย	การจัดบริการเวช กรรมสิ่งแวดล้อม
			รพช-ดอนตาล	-	-
สคร. 12	สงขลา	รพท.สงขลา หาดใหญ่		✓	✓
			รพช-สะเดา	-	-
	นราธิวาส	รพท.นราธิวาสราชนครินทร์		(รอผลประเมิน) ✓	(รอผลประเมิน) ✓
		รพท.สุไหงโกลก		(รอผลประเมิน) ✓	(รอผลประเมิน) ✓
			รพช-ตากใบ	(รอผลประเมิน) ✓	(รอผลประเมิน) ✓
			รพช-แว้ง	-	-
			รพช.ยิงอเฉลิมพระเกียรติ	(รอผลประเมิน) ✓	(รอผลประเมิน) ✓
รวม (แห่ง)	10	9 12	15		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต , ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	53. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 25 13 จังหวัด	12 เขต 25 13 จังหวัด

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
<p><u>จังหวัดนำร่อง</u></p> <p>1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม</p> <p>2. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด</p> <p>3. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)</p> <p>2. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร</p>	<p><u>จังหวัดนำร่อง</u></p> <p>1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี</p> <p>2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร-GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ภาครัฐและเอกชน)</p> <p>1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด</p> <p>2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร</p>	<p><u>จังหวัดนำร่อง</u></p> <p>1. เพิ่มจำนวน Shop/Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง</p> <p>2. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น</p> <p>2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไหลกระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์</p> <p>2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์-สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan)</p>	<p><u>จังหวัดนำร่อง</u></p> <p>1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี</p> <p>2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)</p> <p>3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20</p> <p>4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20-15</p>

	(Demand & Supply Matching)		5. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15
<p>จังหวัดส่วนขยาย</p> <p>1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด</p> <p>มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรอย่างน้อย 1 กลุ่ม</p>	<p>จังหวัดส่วนขยาย</p> <p>1. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร</p> <p>2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง</p> <p>1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด</p> <p>2. บุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสมุนไพร ได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)</p>	<p>จังหวัดส่วนขยาย</p> <p>1. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง</p> <p>2. บุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)</p> <p>2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)</p>	<p>จังหวัดส่วนขยาย</p> <p>1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี</p> <p>2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)</p> <p>3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20</p> <p>4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 15</p> <p>5. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10</p>

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			12 เขต 25 13 จังหวัด

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			12 เขต 25 13 จังหวัด

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			12 เขต 25 13 จังหวัด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	จำนวนเขตสุขภาพที่มีจังหวัดเมืองสมุนไพร	จำนวน (เขตสุขภาพ/จังหวัด)	-	-	4/4
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวอัญชลี จุฑะพุทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรสาร : 02-1495609 กองวิชาการและแผนงาน		ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900 E-mail : anchaleeuan@gmail.com		
	2. นายวัฒนศักดิ์ ศรีรุ่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรสาร : 02-1495609 สำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ		ผู้อำนวยการหัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 092-2461023 E-mail : wsornrung@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน		

	<p>3. นางศรีจรรยา โชติก</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490</p> <p>โทรสาร : 02-9659490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>4. นางกรรณา ทศพล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490</p> <p>โทรสาร : 02-9659490</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791</p> <p>E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักยุทธศาสตร์</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816</p> <p>E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1.นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490</p> <p>โทรสาร : 02-9659490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>2.นายชัยพร กาญจนอักษร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490</p> <p>โทรสาร : 02-9659490</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางสาวมุสซา จันทรประเสริฐ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609</p> <p>โทรสาร : 02-1495609</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809</p> <p>โทรสาร : 02-5910218</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521</p> <p>E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394</p> <p>E-mail : CKTTMMan414@hotmail.co.th</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 064-3235939</p> <p>E-mail : ppin1987@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989</p> <p>E-mail : sukanya0210@gmail.com</p>

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	56. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละ 60 ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป	หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละ 60 ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป - ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป	หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 60 - ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 4 ขึ้นไป	หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 60 - ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 5 ขึ้นไป

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	59. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. นางอัญญิกา ชีวาลักษณ์กูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18724 โทรศัพย์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>โทรศัพย์ที่ทำงาน : โทรศัพย์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715 โทรศัพย์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com</p> <p>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-1937036-37 02-1937000 ต่อ 18604 โทรศัพย์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>2. โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18716 โทรศัพย์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715</p> <p>E-mail : phc.division@gmail.com</p>

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937036-37 02-1937000 ต่อ 18604 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
---	--

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	60. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงานขององค์กรต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จคือ คณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน ดัชนีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 ดัชนี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ ข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 3. ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรง ของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ ข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 4. ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน

	<p>5. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน ข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลูก/ปลูกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่ายมุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564) ในปี 2561 คือ 44 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวนทั้งสิ้น 1,866 1,850 แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,866 1,850 แห่ง จำแนกดังนี้</p> <p>1. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 หน่วยงาน</p> <p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน</p> <p>2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน</p> <p>4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน</p> <p>5. หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวน 7 หน่วยงาน</p>

	ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,866 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน จัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง								
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน)								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : หน่วยงานจำนวน 1,866 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)								
เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส									
ปี 2561 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 3 (5)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	85	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ระดับ 3 (5)	80	85	90						
ปี 2562 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 3 (5)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	85	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ระดับ 3 (5)	80	85	90						
ปี 2563 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 3 (5)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	85	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ระดับ 3 (5)	80	85	90						

ปี 2564 :

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

หมายเหตุ :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)
Small Success : ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ประเด็น การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น (EB 4- EB 6) ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11) ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 11) ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายนของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 11) ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายนของทุกปี

วิธีการประเมินผล :

หน่วยงานจำนวน ~~1,866~~ 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนา กระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือน ธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือน มิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB4 – EB6
ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5) **วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)**

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

	โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	70	75	80	85	90
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของหน่วยงาน ในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	98.82 ผ่าน 84 หน่วยงาน (85 หน่วย งาน)	94.12 ผ่าน 80 หน่วยงาน (85 หน่วย งาน)	84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน ยังไม่ผ่าน เกณฑ์ (จำนวน 396 หน่วยงาน)

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)		
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ		
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ		
ระดับการแสดงผล	เขต		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3		
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 164 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 780 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559) <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหา มาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/ มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/ กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน 		
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 164 แห่ง		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2561 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด
			รอบ 12 เดือน
			1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด

กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.18 98.78 (162 แห่ง จาก 165 164 แห่ง)	กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 (164 163 แห่ง จาก 165 164 แห่ง)	กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (165 164 แห่ง จาก 165 164 แห่ง)	กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (165 164 แห่ง จาก 165 164 แห่ง)
2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ร้อยละ 74.36 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th
/สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.58 98.17 (161 แห่ง จาก 165 164 แห่ง)	ร้อยละ 98.18 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 99.39 (164 163 แห่ง จาก 165 164 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (165 164 แห่ง จาก 165 164 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (165 164 แห่ง จาก 165 164 แห่ง)

			165 164 แห่ง)			
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 73.85 (576 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 74.12 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)	
<p>เงื่อนไข :</p> <p>1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 164 แห่ง ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 30 29 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง <p>(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)</p> <p>2. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ</p> <p>3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</p>						

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 65 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว

- ตัดเอกสารประกอบในภาคผนวก ก และ ข ออก

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																													
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																													
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																													
ระดับการแสดงผล	เขต																													
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน																													
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทดัชนีชี้วัด</th> <th>น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>1.1 $CR < 1.5$</td> <td>1</td> <td>$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.2 $QR < 1.0$</td> <td>1</td> <td>$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.3 $Cash < 0.8$</td> <td>1</td> <td>$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> </tr> <tr> <td>2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$</td> </tr> <tr> <td>3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการการเงินรุนแรง มี 2 มิติ</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการการเงิน</td> </tr> </tbody> </table>			ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย	1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์	1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน	2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$	3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการการเงิน
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย																												
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์																												
1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน																												
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$																												
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการการเงิน																												

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
3.1 มิติ NWC หรือ ทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ รับภาระการขาดทุนเฉลี่ย ต่อเดือน (กรณี NWC เป็น บวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงิน รุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อ ความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มี ผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจาก การดำเนินการ เพียงพอกับ ภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก < หรือ = 3 เดือน	0	

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก	0	
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2	

การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหามาตรฐานการเงินที่เกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2561

1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง
 - : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ
 - : แผนงาน/กิจกรรม
 - : ผลผลิต/ผลลัพธ์
2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)
3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและ

รายงาน

มาตรการ

มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

มาตรการที่ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)

มาตรการที่ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

มาตรการที่ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)	1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 1.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ 1.3 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ	1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)	2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินปี 2566 ที่มีคุณภาพ 2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน) 2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน (ไตรมาส)	2.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	3.1 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายจากการดำเนินงาน - ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ วิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR) - ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภท สิทธิ เปรียบเทียบกับหน่วย	3.1 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 ตัว (มากกว่า ระดับ B-) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

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

		<p>ค่าเป้าหมาย: ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลังที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>			
<p>มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)</p>					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="464 584 611 645">ระดับ</th> <th data-bbox="611 584 1034 645">แผนงาน/กิจกรรม</th> <th data-bbox="1034 584 1495 645">ผลผลิต/ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> </table>	ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์	
ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์			
<p>เขต</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวงกำหนดรวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ 2.มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) 3.พัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินในเขต 4.พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีหลักเกณฑ์การปรับเกลี่ยระดับเขต 2. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) 3. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน/ชดเชยเงิน UC 			
<p>จังหวัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยวงเงินตามที่เขตกำหนด 2.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด 3.ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ชดเชยตามเวลาที่กำหนด 	<ol style="list-style-type: none"> 1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด 2.รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน 			
<p>หน่วยบริการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับ รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย 2.คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ยกส่วนกลาง/เขต กำหนด 3. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC 2.รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน 3.มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย 			

4. มีตัวเลขทั้งรายได้และรายจ่าย
ชั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย

มาตรการที่ 2 :

ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) ตรวจ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด 	<ol style="list-style-type: none"> มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) ผลการตรวจ อนุมัติ มีแผนการกำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด
จังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด ตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน 	<ol style="list-style-type: none"> มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการในจังหวัด ผลการตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน
หน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน รายเดือน (7 แผน) 	<ol style="list-style-type: none"> หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5

(ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)
ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

มาตรการที่ 3 :

สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1.มีแนวทางการจัดซื้อร่วมระดับเขต 2.มีแนวทางการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง 3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการกำกับ 4.แผนประเมินประสิทธิภาพ FAI (ไขว้จังหวัด) 5.วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่	1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ 2.มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับเขต 3.การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ทุกรายไตรมาส 4.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) ทุกรายไตรมาส 5.มีระบบเฝ้าระวังและแผนการตรวจเยี่ยม
จังหวัด	1.มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต 2.การบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง 3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการกำกับ 4.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด) 5.การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่	1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ 2.ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ 3.หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว 4.หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) 5.แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่ที่มีความเสี่ยง วิกฤติ
หน่วยบริการ	1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต 2. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง	1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ 2.ใช้แนวทาง แนวทางหลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับหน่วยบริการ

	<p>3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)</p>	<p>3.ได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4.ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ (FAI)</p>												
<p>มาตรการที่ 4 :</p> <p>พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)</p>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>แผนงาน/กิจกรรม</th> <th>ผลผลิต/ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เขต</td> <td> <p>1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ควบคุม กำกับติดการส่งข้อมูลทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>3.จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p> </td> <td> <p>1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน</p> <p>2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p> <p>3. รายงานการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ</p> </td> </tr> <tr> <td>จังหวัด</td> <td> <p>1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการและนำมาพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์</p> <p>3. ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานด้านบัญชี</p> </td> <td> <p>1.กำกับ ติดตามการส่งรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทุกเดือน</p> <p>2. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์การประเมินรายเดือน</p> </td> </tr> <tr> <td>หน่วยบริการ</td> <td> <p>1.จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.ส่งรายงานข้อมูลบทยอดให้ เป็นตามแนวทางที่กำหนด</p> </td> <td> <p>1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพรายเดือน</p> <p>2. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง</p> </td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์	เขต	<p>1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ควบคุม กำกับติดการส่งข้อมูลทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>3.จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p>	<p>1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน</p> <p>2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p> <p>3. รายงานการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ</p>	จังหวัด	<p>1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการและนำมาพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์</p> <p>3. ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานด้านบัญชี</p>	<p>1.กำกับ ติดตามการส่งรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทุกเดือน</p> <p>2. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์การประเมินรายเดือน</p>	หน่วยบริการ	<p>1.จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.ส่งรายงานข้อมูลบทยอดให้ เป็นตามแนวทางที่กำหนด</p>	<p>1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพรายเดือน</p> <p>2. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง</p>	
ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์												
เขต	<p>1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ควบคุม กำกับติดการส่งข้อมูลทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>3.จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p>	<p>1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน</p> <p>2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p> <p>3. รายงานการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ</p>												
จังหวัด	<p>1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการและนำมาพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์</p> <p>3. ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานด้านบัญชี</p>	<p>1.กำกับ ติดตามการส่งรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทุกเดือน</p> <p>2. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์การประเมินรายเดือน</p>												
หน่วยบริการ	<p>1.จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.ส่งรายงานข้อมูลบทยอดให้ เป็นตามแนวทางที่กำหนด</p>	<p>1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพรายเดือน</p> <p>2. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง</p>												

	3. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับการตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบภายในและภายนอก	
<p>มาตรการที่ 5 : พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)</p>		
ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1. แผนการประชุม CFO เขต 2. แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ CFO และ Auditor ในระดับเขตร่วมกับกระทรวง	1. มีการประชุม CFO เขต รายไตรมาส 2. มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ CFO และ Auditor ร่วมกับกระทรวง
จังหวัด	1. แผนการประชุม CFO จังหวัด 2. แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ CFO และ Auditor ในระดับจังหวัด	1. มีการประชุม CFO จังหวัด รายไตรมาส 2. มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ CFO และ Auditor ในระดับจังหวัด
หน่วยบริการ	1. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP 2. แผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFO ของหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น	1. มีการประชุม CFO ระดับ CUP รายไตรมาส 2. มีแผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFO ของหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น

การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin	
ระดับ	การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin
เขต	<p>1.เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>2.เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการต้องมี ความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตามแนวทางในข้อ 1 และ การอนุมัติ</p> <p>3.เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับ ฝึกระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต</p> <p>4.เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทาง วิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin</p>
จังหวัด	<p>1.จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคุมกับรายงาน งบการเงิน วิเคราะห์สาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และ มีระบบรายงานเขต</p> <p>2.จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มี ความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตาราง PlanFin Analysis โดยเฉพาะใน กลุ่มที่มี EBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า 20% EBITDA และฐานะเงินทุน สำรองน้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้ เป็น ระดับ 7</p> <p>3.จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มี กระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงาน ลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง</p> <p>4.จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงิน ตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และ มีระบบรายงานเขต</p>
หน่วย บริการ	<p>1.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด</p> <p>2.บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>3.กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน (ทั้ง 7 แผน) ให้มีผลต่าง ของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>3.1 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>3.2 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p>

เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงาน การบริหารจัดการการเงินการคลัง

	เครื่องมือ	รายเดือน	รายไตรมาส	รายปี	หมายเหตุ
บริการ	๑.แผนการเงินการคลัง (Planfin)	/	/	/	
	๒.การวิเคราะห์ความคุ้มค่าการลงทุน (Feasibility study)			/	ตามแผนการลงทุน
ปรับประสิทธิภาพ	๓.หนังสือแสดงเจตจำนงปรับปรุงประสิทธิภาพบริหารจัดการด้านการเงิน (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)	/	/	/	

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	73. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์
คำนิยาม	<p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation)</p> <p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ ใน 12 เขตสุขภาพ</p> <p>2. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนกลาง</p> <p>3. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. การเจงนับผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย</p> <p>1.1 หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (สำนักวิชาการสาธารณสุข)</p> <p>1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพ ที่ผ่านการนำเสนอเผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ หรือนำเสนอผลงานในเวทีตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป</p>

	<p>1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>1.4 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เข้ารับการประกวดและผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>1.5 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านบททวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข และได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ฯ โดยนับเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ 6 ของปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงฉบับที่ 5 ของปีงบประมาณปัจจุบัน (วารสารวิชาการสาธารณสุขผลิต 6 เล่ม/ปี)</p> <p>2. การนิเทศติดตามประเมินผล</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1.หน่วยงานส่วนกลาง</p> <p>1.1.สำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ใน 12 เขตสุขภาพ</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ผ่านการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งผ่านสื่อต่าง ๆ หรือนำเสนอผลงานในเวทีตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป</p>
วิธีการประเมินผล :	<p>โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว</p> <p>ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีดังนี้</p> <p>1. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจรจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ มีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญาสิทธิของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย</p> <p>2. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ บทความวิชาการได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 หรือผลงานวิจัย/R2R ได้ถูกอ้างอิง(Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติ</p>

	<p>3. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาส่งเสริม รักษา ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้</p> <p>4. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยมีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพไปการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ ไปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ</p>																		
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่จังหวัดได้รวบรวมและวิเคราะห์จากหน่วยงานในจังหวัดส่งฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R2R ระดับเขตสุขภาพ ทั้ง 12 เขตสุขภาพ 2. เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว 3. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ 4. บทคัดย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 																		
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ ได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่</td> <td>ผลงานร้อยละ</td> <td>117</td> <td>115</td> <td>114</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>-</td> <td>-</td> <td>48.48</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ ได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงานร้อยละ	117	115	114			-	-	48.48
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2558	2559	2560															
ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ ได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงานร้อยละ	117	115	114															
		-	-	48.48															
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดร.จุฬาร กระจเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com 2. นางสุมาลี คักดีผิวผาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737 E-mail : raksit-kamp@hotmail.com 																		

	<p>3. นางชนิดา กาจีนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238 โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : numaewssj@hotmail.com</p> <p>นางชวิตา สุขนิรันดร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694 โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : ladychavida@hotmail.com</p> <p>4. นางมยุรี จงศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 โทรสาร : 02-5919835 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>5. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 โทรสาร : 02-5919835 E-mail : research.moph@hotmail.com 02-5919832 patcha_mart@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นายแพทย์ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ (นายแพทย์ ทรงคุณวุฒิ) (ด้านสาธารณสุข) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901715 โทรศัพท์มือถือ : 081-6124480 โทรสาร : 02-5901704 E-mail : pathom@health.moph.go.th</p> <p>1. ดร.ณัฐธญา พัฒนะวาณิชนันท์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ ด้านกำลังคนสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรศัพท์มือถือ : 085-2476446 โทรสาร : 02-5901704 E-mail : nattaya-pa@hotmail.com</p> <p>2. ดร.สลักจิต ชุตินพงษ์วิเวท นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรศัพท์มือถือ : 081-8611196 โทรสาร : 02-5901704 E-mail : salakchit.c@dmsc.mail.go.th</p> <p>3. นางชนิดา กาจีนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238 โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : numaewssj@hotmail.com</p>

	<p>3. ดร.จุฬาร กระทบ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9</p> <p>โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>4. นางสุมาลี คักดีผิวผาด</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9</p> <p>โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>5. นางชวิตา สุขนิรันดร์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9</p> <p>โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>6. นางมยุรี จงศิริ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835</p> <p>โทรสาร : 02-5919835</p> <p>7. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706</p> <p>โทรสาร : 02-5919835</p> <p>02-5919832</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929</p> <p>E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737</p> <p>E-mail : raksit-kamp@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694</p> <p>E-mail : ladychavida@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060</p> <p>E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748</p> <p>E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>patcha_mart@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
--	--	---

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	74. ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด
คำนิยาม	<p>รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการวิจัย การพัฒนาต่อยอดและการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย จึงได้กำหนดนโยบาย (ข้อ 8) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนาและนวัตกรรมให้สนับสนุนการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาของประเทศ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายให้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 1 ของรายได้ประชาชาติ และมีสัดส่วนรัฐต่อเอกชน 30:70 ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จากนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงสนับสนุนกำหนดให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัดให้ได้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมดต่อปี 2561 และสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีต่อไป โดยตัวชี้วัดนี้เป็นการรวบรวมงบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 และงบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยในปี พ.ศ. 2561 เท่านั้น</p> <p>การวิจัยด้านสุขภาพ หมายถึง ศึกษาค้นคว้า หาคำความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีสามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข</p> <p>งบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายใน การวิจัยตามโครงการวิจัย เช่น ค่าตอบแทน ค่าวัสดุ ค่าใช้สอย หรือนำเสนอผลงานวิจัย ฯลฯ ที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 (กรณีเป็นโครงการต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี ให้แสดงวงเงินที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณปัจจุบัน) งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนให้กับนักวิจัย เพื่อใช้จ่ายในการจัดทำวิจัยเช่นเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรค่าใช้จ่ายสำหรับงานสนามค่าใช้จ่ายสำนักงานค่าครุภัณฑ์ค่าประมวลผลข้อมูล ค่าพิมพ์รายงาน ค่าจัดประชุมวิชาการ เพื่อปรึกษาเรื่องการค้าเนินงาน หรือเพื่อเสนอผลงานวิจัยเมื่อจบโครงการแล้ว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2560 – วันที่ 30 กันยายน 2561</p> <p>งบดำเนินการ หมายถึง รายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายเพื่อการบริหารงานประจำของหน่วยงาน ได้แก่ รายจ่ายที่จ่ายในลักษณะค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ และ</p>

ค่าสาธารณูปโภค รวมถึงรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายจากงบรายจ่ายอื่นใดในลักษณะรายจ่ายดังกล่าว

การวิจัย หมายถึง การวิจัยด้านสุขภาพ การศึกษาค้นคว้า ท้าความรู้ ท้าวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

งบประมาณทั้งหมด หมายถึง งบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 ได้แก่ เงินงบประมาณแผ่นดิน งบประมาณเงินรายได้ และ งบประมาณอื่น

(1) งบประมาณแผ่นดิน หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานได้รับจัดสรรจากสำนักงานงบประมาณตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562

(2) งบประมาณเงินรายได้ หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานได้จัดสรรรายรับนั้นตามระเบียบว่าด้วยเงินรายได้ ฯ และหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเงินรายได้ประจำปี เช่น รายได้ของค่าธรรมเนียม ค่าปรับ ค่าเช่า เป็นต้น

(3) งบประมาณอื่น หมายถึง งบประมาณอื่น ๆ ที่ไม่จัดอยู่เป็นงบประมาณแผ่นดิน (ตามข้อ 1) และงบประมาณเงินรายได้ (ตามข้อ 2) เช่น เงินกองทุน เงินของแหล่งทุนที่ขอสนับสนุนงานวิจัย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มูลนิธิสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร เป็นต้น

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง หน่วยงานระดับกรม ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 8 กรม แห่ง ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงานระดับเขตสุขภาพส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12

งบประมาณเกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี หมายถึง งบดำเนินการที่เกี่ยวกับการวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหารด้วยงบประมาณดำเนินการทั้งหมดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคูณด้วยหนึ่งร้อย

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัย ให้กับนักวิจัยในสังกัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 หมายถึง หน่วยงานระดับกรม ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้นักวิจัยในสังกัดเพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับการวิจัย ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561

~~ร้อยละของงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมดต่อปี หมายถึง หน่วยงานส่วนกลาง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัย ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ.2561~~

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5

1) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5

2) หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	ร้อยละ 6

หมายเหตุ :

เป้าหมายรัฐบาล (ใช้อ้างอิง)

1. รัฐบาลลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แผน 5 ปี	แผน 10 ปี	แผน 15 ปี	แผน 20 ปี
ร้อยละ 1.5	ร้อยละ 2	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 3

2. ส่งเสริมให้ภาคเอกชน มีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัย

แผน 5 ปี	แผน 10 ปี	แผน 15 ปี	แผน 20 ปี
ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	ร้อยละ 10	ร้อยละ 12

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาต่อยอดการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสนองตอบต่อประเด็นเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาประเทศ และภารกิจของหน่วยงาน โดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัย และหน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนา ให้กับนักวิจัยในสังกัด อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับงบประมาณการวิจัย ได้แก่ ดังนี้ 1. หน่วยงานระดับกรมส่วนกลาง จำนวน 8 กรม แห่ง ได้แก่ กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2. หน่วยงานระดับเขตสุขภาพส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจข้อมูลงบประมาณด้านการวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 1. รวบรวมข้อมูลงบประมาณที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดสรรให้ดำเนินงานเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จากทุกหน่วยงานระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต 2. ติดตามการรายงานผลการจัดสรรงบประมาณ จากทุกหน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับเขต 3. บันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด รอบ 3,6,9, และ 12 เดือน จากหน่วยงานระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต 4. ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2561 www.http://healthkpi.moph.go.th (แสดงเป็นภาพรวมของแต่ละกรม และ แต่ละเขตสุขภาพ)
แหล่งข้อมูล	1. เอกสารและข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูล Secondary Data จากหน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับเขตและ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โปรแกรมระบบตัวชี้วัด KPI ของกระทรวงสาธารณสุข จากการ Key In ของหน่วยงานส่วนกลาง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข http://healthkpi.moph.go.th
รายการข้อมูล 1	A = งบประมาณที่หน่วยงานจัดสรรให้กับโครงการวิจัยและพัฒนาสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยตามโครงการวิจัยทั้งหมด

เกณฑ์การประเมิน :

1) ~~หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง~~

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	0.5 %	1.0 %	1.5 %

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	0.5 %	1.0 %	1.5 %

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	0.5 %	1.0 %	1.5 %

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	0.5 %	1.0 %	1.5 %

2) ~~หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัย~~

~~ปี 2561 :~~

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1%	2%	3%

~~ปี 2562 :~~

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1%	2%	3%	4%

~~ปี 2563 :~~

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

~~ปี 2564 :~~

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

วิธีการประเมินผล :

- ~~ระยะเวลาในการประเมิน ภายในเดือนกันยายนของปีงบประมาณ~~
- ~~จากผลการดำเนินงาน 4 ไตรมาส ของหน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง และหน่วยงานส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง โดยจังหวัดเป็นผู้กรอกในโปรแกรมระบบตัวชี้วัด~~

	<p>KPI ของกระทรวงสาธารณสุข http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/ (โปรแกรมจะแสดงเป็นภาพรวมของเขตสุขภาพ)</p> <p>1. ร้อยละของงบประมาณที่สนับสนุนให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561</p> <p>2. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหน่วยงานทั้งหมด</p>				
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. รายงานผลการดำเนินงาน จำนวน 4 ไตรมาส จากหน่วยงานส่วนกลางจำนวน 8 แห่ง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 จากหน่วยงานระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต</p> <p>2. แผนงบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยตามโครงการวิจัยในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ข้อมูลใน http://healthkpi.moph.go.th(แสดงเป็นภาพรวมของแต่ละกรม และ แต่ละเขตสุขภาพ)</p>				
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วย วัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>		
			<p>2558</p>	<p>2559</p>	<p>2560</p>
	<p>ร้อยละของ งบประมาณด้าน การวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของ งบประมาณทั้งหมด</p>	<p>ร้อยละ 1.5</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>3.46</p>
	<p>หน่วยงานในสังกัด กระทรวง สาธารณสุข สนับสนุนเป็น ค่าใช้จ่ายในการวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของ งบประมาณทั้งหมด</p>	<p>ร้อยละ 80</p>	<p>=</p>	<p>=</p>	<p>75</p>
	<p>ร้อยละของงานวิจัย ได้รับการสนับสนุน งบประมาณ</p>	<p>ร้อยละ 100</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>70.50</p>

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒนาชัยกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : bengouy@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางสุรียาพร ตั้งศรีสกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 091-0033752 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : tungsriskul@gmail.com</p> <p>3. นางพัชรารวรรณ แก้วศรีงาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. หน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง</p> <p>2. หน่วยงานระดับเขต จำนวน 12 แห่ง รับผิดชอบติดตามข้อมูลจากหน่วยงานระดับจังหวัดในเขต</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจิรภฎา วานิชชัยกูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : ppproject2016@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒนาชัยกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : bengouy@hotmail.com</p> <p>2. นางสุรียาพร ตั้งศรีสกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 091-0033752 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : tungsriskul@gmail.com</p> <p>3. นางพัชรารวรรณ แก้วศรีงาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	77. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
100 ตำรับ จัดพิมพ์รายการตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ ปี 2560 อย่างน้อย 100 ตำรับ	100 ตำรับ จัดพิมพ์รายการตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ ปี 2561 อย่างน้อย 100 ตำรับ	100 ตำรับ จัดพิมพ์รายการตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ ปี 2562 อย่างน้อย 100 ตำรับ	ประกาศตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ อย่างน้อย 300-500 ตำรับ ในราชกิจจานุเบกษา และจัดพิมพ์ตำรายา แผนไทยแห่งชาติ

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผนไทย แห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและ กลุ่มอาการทางการแพทย์ แผนไทย 2. ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 25 20 ตำรับ	1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผนไทย แห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและ กลุ่มอาการทางการแพทย์ แผนไทย 2. ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 50 ตำรับ	1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผนไทย แห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและ กลุ่มอาการทางการแพทย์ แผนไทย 2. ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 75 80 ตำรับ	1. ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 100 ตำรับ (ยอด สะสม 200 ตำรับในปี 2560-2561) 2. รับฟังความคิดเห็นจาก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แพทย์ แผนไทย และ ผู้ประกอบการผลิตยา

			แผนไทย ต่อดำรับยาแผนไทยที่คัดเลือก 3. มีเอกสารต้นฉบับเพื่อเตรียมการจัดพิมพ์และเผยแพร่
--	--	--	--

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
			-	-	82 (ณ 21 ส.ค. 60) 104 (ณ 25 ก.ย. 60)
	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ	ตำรับ			

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ญ.ดร.อัญชลี จุฑะพุทธิ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409</p> <p>โทรสาร : 02-5914409</p> <p>2. นางสาวณีย์ กุลสมบุรณ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608</p> <p>โทรสาร : 02-5917808</p> <p>3. นายนนทศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608</p> <p>โทรสาร : 02-5911095</p> <p>4. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647</p> <p>โทรสาร : 02-1495647</p>	<p>ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900</p> <p>E-mail : anchaleeuan@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-3727660</p> <p>E-mail : saowanee@dtam.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-4829029</p> <p>E-mail : krittatach.dtam@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505</p> <p>E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกรรณา ทศพล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490</p> <p>โทรสาร : 02-9659490</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816</p> <p>E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p>

	<p>2. นางสาวศศิธร ไหญ่สถิตย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490</p> <p>โทรสาร : 02-9659490</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521</p> <p>E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p>
	<p>3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809</p> <p>โทรสาร : 02-9510218</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989</p> <p>E-mail : sukunya0210@gmail.com</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	78. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	<p>1. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง การใช้องค์ความรู้ ทักษะการบริหารจัดการ ประสบการณ์ทางด้านวิทยาศาสตร์ และด้านเทคโนโลยี เพื่อการคิดค้น การประดิษฐ์ การพัฒนา การผลิตสินค้า การบริการ กระบวนการผลิต และจัดการองค์ความรู้ในรูปแบบใหม่ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยนวัตกรรมดังกล่าว ไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่หมายรวมถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือสาธารณสุขได้ นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มี การศึกษา วิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรมเดิม</p> <p>2. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุง ผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบหรือผ่านการรับรองตาม กระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัด เฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่เป็น ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิด ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้</p> <p>3. เทคโนโลยีสุขภาพ หมายถึง วิทยาการที่นำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์มาใช้ให้เกิด ประโยชน์ ไม่ว่าจะในทางใดในด้านการแพทย์และสาธารณสุข การรวบรวมความรู้และวิธีการ ทางวิทยาศาสตร์มาใช้เป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้าง เสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือ ชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายถึงถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)</p>

	3. การพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ หมายถึง การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนา เพื่อให้ได้องค์ความรู้ไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านกรณวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาร้อยละ 10 (เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านกรณวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาร้อยละ 15 5 (เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านกรณวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาร้อยละ 20 5 (เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านกรณวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาร้อยละ 25 5 (เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและองค์ความรู้ขององค์กร เทคโนโลยีสุขภาพของกรณวิทยาศาสตร์การแพทย์		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนและชุมชน 2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. นักวิจัย 4. สถานศึกษา สถาบันการศึกษาหรือวิจัย		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูลงานวิจัยกรณวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ปี พ.ศ.2502-ปัจจุบัน) รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรณวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรณวิทยาศาสตร์การแพทย์		

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : 5 ปี โดยตลอดระยะเวลา 5 ปี จะมีการประเมินผลทุกปี
-------------------	--

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อ ยอดให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต นวัตกรรม ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561	รายงานผลความก้าวหน้า การผลิตนวัตกรรม ด้าน การแพทย์และสาธารณสุข การถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อ ยอดให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้า การผลิต	- จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10 (เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูล นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560) - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อ ยอดที่มีการใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต นวัตกรรม ด้านการแพทย์	รายงานผลความก้าวหน้า การผลิตนวัตกรรม ด้าน การแพทย์และสาธารณสุข การถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ	- จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้าน

	<p>และสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2562</p>	<p>ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการ ผลิต</p>	<p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 15.5 (เปรียบเทียบจากจำนวน ข้อมูลจากฐานข้อมูล นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ปีงบประมาณ 2560) - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มี การใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการคุ้มครอง ผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง</p>
--	---	--	---

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข</p>	<p>แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต นวัตกรรม ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2563</p>	<p>รายงานผลความก้าวหน้า การผลิตนวัตกรรม ด้าน การแพทย์และสาธารณสุข การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการ ผลิต</p>	<p>- จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้น ใหม่ หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อ ยอดการให้บริการด้าน สุขภาพ ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้าน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 20 5 (เปรียบเทียบจากจำนวน ข้อมูลจากฐานข้อมูล นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ปีงบประมาณ 2560) - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการ</p>

			คุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง
--	--	--	---

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต นวัตกรรม ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2563 2564	รายงานผลความก้าวหน้า การผลิตนวัตกรรม ด้าน การแพทย์และสาธารณสุข การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการ ผลิต	- จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้น ใหม่ หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนา ต่อยอดการให้บริการด้าน สุขภาพ ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้าน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 25 5 (เปรียบเทียบจากจำนวน ข้อมูลจากฐานข้อมูล นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ปีงบประมาณ 2560) - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ฐานข้อมูลงานวิจัย นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560 (ปี-พ.ศ.2502 -ปัจจุบัน)		เรื่อง	47	58	17
			18	27	28

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

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	79. จำนวนงานวิจัยสมุนไพรมานุษยวิทยา/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	จำนวนงานวิจัยที่มีการส่งต่อและนำไปใช้ประโยชน์	จำนวนเรื่อง	-	-	9
				11	
	ข้อมูลสิ้นสุด ณ 11 สิงหาคม 2560 30 กันยายน 2560				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495647 โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 โทรสาร : 0-2149-5647 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. ดร.ภญ.มณฑกา อธิชัยสกุล ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย หัวหน้ากลุ่มวิจัยการแพทย์แผนไทย (สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2243247 โทรศัพท์มือถือ : 083-1774297 โทรสาร : 02-2243247 E-mail : monthaka.t@gmail.com</p> <p>สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นางเสาวณี กุลสมบุรณ์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์พื้นบ้านไทย ผู้อำนวยการกองคุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5692 โทรศัพท์มือถือ : 081-372-7660 โทรสาร : 0-2149-5693 E-mail : saowanee@health.moph.go.th</p> <p>กองการแพทย์พื้นบ้านไทย กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</p> <p>4. ภก.สมนึก สุขชัยนวนิช ผู้อำนวยการกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร สมุนไพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2564-7889 โทรศัพท์มือถือ : 089-760-0592 โทรสาร : 0-2564-7889 ต่อ 26 E-mail : somnuekster@gmail.com</p>				

	<p>กองพัฒนยาแผนไทยและสมุนไพร</p> <p>5. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ ————— ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5636 ————— โทรศัพท์มือถือ : 081-872-3270 โทรสาร : 0-2149-5636 ————— E-mail : tewantha@gmail.com</p> <p>สำนักการแพทย์ทางเลือก – กองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>6. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง ————— ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน ————— หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5676 ————— โทรศัพท์มือถือ : 081-356-5326 โทรสาร : 0-2149-5677 ————— E-mail : rungnapa.pr@gmail.com</p> <p>สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. นางศรีจรรยา โชติก ————— ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ ————— หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 ————— โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 โทรสาร : 02-9659490 ————— E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กองวิชาการและแผนงาน</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกรรณา ทศพล ————— พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 ————— โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 โทรสาร : 02-9659490 ————— E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ ————— นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 ————— โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 โทรสาร : 02-9659490 ————— E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว ————— นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 ————— โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 โทรสาร : 02-9510218 ————— E-mail : sukunya0210@gmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	65. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตติดาว			
คำนิยาม	<p>1. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตติดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการประเมินเกณฑ์พัฒนา 3 ดาว 4 ดาว และ 5 ดาว (ผ่านเกณฑ์) รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คือ 5 ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้</p> <p>— 1) คะแนนรายหมวด — มากกว่า ร้อยละ 80 — 2) คะแนนรวม 5 หมวด — มากกว่า ร้อยละ 90</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)</p> <p>2. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตติดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : (สะสม)	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 9,780 แห่ง ไม่รวมจำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตติดาว ในปี 2560 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 8,123 แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตติดาว ในปี 2560)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งดูแลโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A — จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตติดาว			

	<p>B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 ดาว</p> <p>C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 ดาว</p> <p>A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว</p> <p>C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3 ดาว</p>
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ในปี 2560
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ</p> <p>2. อบรม ครู ก ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระดับประเทศ 1 ครั้ง</p> <p>3. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง</p> <p>4. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม</p> <p>5. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2561</p> <p>3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาวปี 2561</p>	<p>1. อบรม ครู ก ครั้งที่ 2</p> <p>2. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง</p> <p>3. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม</p>	<p>1. รพ.สต.ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา</p> <p>2. ประเมิน รพ.สต.ติดดาวระดับอำเภอ จังหวัด และเขต</p>	<p>รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 25 (สะสม)</p>

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 50 (สะสม)</p>

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ</p>

				รพ.สต. ติตดาว ร้อยละ 75 (สะสม)	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติตดาว ร้อยละ 100 (สะสม)	
วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติตดาว				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	9,780 แห่ง	ร้อยละ	2558	2559	2560
	1,683 แห่ง		-	-	17.16
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 โทรสาร : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวหทัยรัตน์ คงสืบ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901378 โทรสาร : 02-5902348 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : strategic2.bps@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.มานิตา พรรณวดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901387 โทรสาร : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		