หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการที่	**1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย**
ระดับการแสดงผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**1. อัตราส่วนการตายมารดา**
คำนิยาม	- **การตายมารดา** หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน - **การเยี่ยมเสริมพลัง** เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตัวเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

วัตถุประสงค์	1.พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 2.เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 3.จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัยและกรมอนามัย 3. สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมาดา (ก1หรือ CE) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 15 วัน 4. ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดา (รายงานการ Conference Case มารดาตายของ MCH board) ต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน

แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100,000
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน	- แบบรายงานการตายมารดา CE, หรือแบบรายงาน ก1, หรือแบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆ ถ้ามี) - มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**			
		2557	**2558**	**2559**	**2560**
อัตราส่วนการตายมารดา	อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย	23.3	24.6	26.6	18.4

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0 2590 4435 โทรศัพท์มือถือ 08 1292 3849 นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ 0 2590 4425 โทรศัพท์มือถือ 08 4681 9667 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: noi_55@hotmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ โทรศัพท์ 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ 08 6546 5561 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com

หมวด	Promotion & Prevention Excellence **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการที่	**1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/เขต/ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**2.ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน**
ชื่อตัวชี้วัด proxy :	- ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ - ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า - ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม - ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
คำนิยาม	- เด็กอายุ 0 - 5 ปี **หมายถึง** เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - <u>การคัดกรองพัฒนาการ</u> **หมายถึง** ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) - <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</u> **หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) - <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</u> **หมายถึง** เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 - <u>พัฒนาการสมวัย</u> **หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน(1B260) - <u>เด็กพัฒนาการล่าช้า</u> **หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

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

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า

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

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

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

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

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

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

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

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

วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = เด็กไทยอายุ **9, 18, 30** และ **42** เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (**Type1** มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ**Type3** ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,**18,30** และ 42 เดือน <u>ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง</u> ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ **9, 18, 30** และ **42** เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย **30** วัน (**1B261**)

รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กอายุ **9, 18, 30** และ **42** เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ส่งต่อทันที(**1B262 :** เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนเด็กอายุ **9, 18, 30** และ **42** เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย **30** วัน (**1B261**) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2
รายการข้อมูลที่ 6	F = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(**DSPM**) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)
รายการข้อมูลที่ 7	G = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้า
รายการข้อมูลที่ 8	H = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $= \frac{B}{A} \times 100$ 2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า $= \frac{C+D}{B} \times 100$ 3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม $= \frac{E}{C} \times 100$ 4. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I $= \frac{H}{G} \times 100$ 5. ร้อยละของเด็กอายุ **0-5** ปี มีพัฒนาการสมวัย $= \frac{F}{B} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (ไม่สะสม)

เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ 4 ตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

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

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า

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

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

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

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

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

มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

1.พัฒนากลไก และระบบการส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I

1.1 พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I

1.2 คัดกรองพัฒนาการ ติดตาม กระตุ้นเด็กสงสัยล่าช้า

1.3 พัฒนาระบบติดตาม และกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยTEDA4I อย่างต่อเนื่อง

1.4 บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น

1.5 เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่

2.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.1 สถานบริการสาธารณสุขจัดบริการที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กและจัดบริการคลินิกนมแม่

2.2 ตรวจเยี่ยมและเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560

2.3 รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3.ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว

3.1 หน่วยบริการสาธารณสุขให้ความรู้ จัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยกระบวนการกิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน เฝ้าระวังพัฒนาการ

3.2 สร้างเครือข่ายหน่วยงานเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัย

3.3 สนับสนุนด้านวิชาการให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

Small Success :

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

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

เอกสารสนับสนุน :	1. ฐานข้อมูลในระบบ **Health Data Center (HDC)** กระทรวงสาธารณสุข 2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 3. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล 4. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 5. คู่มือ TEDA4I 6. คู่มือมิสนมแม่ 7. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 8. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

หมายเหตุ :การตั้งค่าเป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ที่ร้อยละ 85 คิดจากข้อมูลทางวิชาการพบว่า

1. เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (**Developmental Disabilities)** มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ 3.5 - 24.0 (โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ 13.9 และประเทศอิสราเอลพบที่ร้อยละ 8.9)

2. มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (**Developmental Disabilities)** เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี (1997-2008) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.1 ประเทศไต้หวันพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0

ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 85 จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะลีพรรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ : 02 – 588 3088 ต่อ 3124 E-mail : teerboon@hotmail.com 2 .แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย 3. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต 4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1 .แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com 2. นางประภาภรณ์ จังพานิช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4433 โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130 โทรสาร : 02 590 4427 E-mail : paporn11@gmail.com 3. นางกิติมา พัวพัฒนกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4405 โทรศัพท์มือถือ: - โทรสาร : - E-mail : puapat@yahoo.com

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม**
โครงการที่	**1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/เขต/ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**12.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital**
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับพื้นฐาน	
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา	
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN	
G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก
E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
ระดับดี	
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ

	12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก	
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับดีมาก Plus	
	15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
	16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

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

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

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง 3. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th) เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี

	A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากPlus
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	((A1+A2+A3+A4)/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ((A2+A3+A4)/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป ((A3+A4)/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป (A4/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
ระยะเวลารายงาน	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60

(Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital			2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 70	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 80 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 20

วิธีการประเมินผล :

1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล
2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส

เอกสารสนับสนุน :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
ไม่ได้รับการประเมิน	ร้อยละ	-	0.63	0.00
ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	7.30	0.00
ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	-	51.62	20.25
ระดับดี	ร้อยละ	-	29.93	40.50
ระดับดีมาก	ร้อยละ	-	10.53	39.25
ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	92.08	100.00

ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2561

หมายเหตุ : เกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital เริ่มใช้ในปี 2560 เป็นปีแรก

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	**<u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ:</u>** 1. นางปรียานุช บูรณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904255 E-mail : preeyanuch.b@anamai.mail.go.th 2. นายประโชติ กราบกราน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904128 E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th **<u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:</u>** 1. นางสาวมลฤดี ตรีวัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904255 E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th 2. นางสาวรุจิรา ไชยด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904316 E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางณีรนุช อาภาจรัส หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904316 E-mail : a.neeranuch@gmail.com 2. นางสาวรุจิรา ไชยด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904316 E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th 3. นายเชิดศักดิ์ โกศัลวัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904255 E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th

หมวด	Promotion & Prevention Excellence **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการที่	**3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**7.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์**
คำนิยาม	มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ ทีมหมอครอบครัว 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) 7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล **หมายเหตุ**: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ - ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม จากทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี “ สังคมไทย สังคมสูงวัย ไม่ทอดทิ้งกัน ”

	2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาล เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จังหวัดรายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต 2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน
แหล่งข้อมูล	- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ - ศูนย์อนามัยที่ 1-12/ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง/ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลารายงาน	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มาตรการและกฎหมาย ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่ายเพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกระดับ ทั้ง	1) พัฒนาคู่มือ/แนวทางการอบรมเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติงานของ Care Manager/ Caregiver 2) พัฒนาแนวทางการประเมินคัดกรองดูแลผู้สูงอายุ 3) มีช่องทางการสื่อสารระบบข้อมูล Long Term Care ผ่านระบบ Digital On line 4) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลผ่าน	1) มีแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ 2) มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง ด้วยนวัตกรรม Application และ Digital	1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 13 เรื่อง 2) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงาน 3) มีบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม 4) มีรายงานผลการดำเนินงาน Long Term Care ประจำเดือน/รายไตรมาสและรายปี ตามระบบโปรแกรมการรายงาน

ส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด 3) มีการพัฒนาระบบการจัดทำรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	ระบบ Care Plan ออนไลน์ 5.มีระบบโปรแกรมการขึ้นทะเบียน ของ Care Manager/ Caregiver ออนไลน์		ผลการดำเนินงานในระดับ สสจ./ศูนย์อนามัย

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวมและชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด 3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ	1) พัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) พัฒนาคู่มือ/แนวทางการการอบรมเพิ่มพูนทักษะCare Manager/ Caregiver 3) พัฒนาคู่มือ/แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community	1) มีแนวทางการดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care” 2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม. 3) มีระบบแสดงผลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map	1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 26 เรื่อง 2) มีบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม ที่เป็นปัจจุบัน 3)มีคู่มือ /แนวทางการติดตาม ควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตรและ ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม. 4) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ 5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวมและชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด 3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ	1) มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในรูปแบบออนไลน์ 2) มีการพัฒนาคู่มือ/แนวทาง การอบรมเพิ่มพูนทักษะ Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์ 3) มีการพัฒนาคู่มือ / แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์	1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ดำเนินงาน"ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care" อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง (13 แห่ง) 2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม. 3) มีระบบแสดงผลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map	1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application อย่างน้อย 1 เรื่อง/เขตสุขภาพ 2) มีการจัดทำระบบรายงานบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม ผ่านระบบออนไลน์ 3) มีระบบการติดตามควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ชม. และ 420 ชม. 4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน เผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ 5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวมและชี้แจงประสานหน่วยงานภาคี	1) มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในรูปแบบออนไลน์ 2) มีการพัฒนาคู่มือ/แนวทาง การอบรม	1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ดำเนินงาน"ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care" อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 แห่ง (26 แห่ง) 2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมิน	1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application อย่างน้อย 2 เรื่อง/เขตสุขภาพ

เครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด 3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ	เพิ่มพูนทักษะ Care manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์ 3) มีการพัฒนาคู่มือ / แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์	มาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม. 3) มีระบบแสดงผลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map	2) มีการจัดทำระบบรายงานบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม ผ่านระบบออนไลน์ 3) มีระบบการติดตามควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ชม. และ 420 ชม. 4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน เผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ 5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร

วิธีการประเมินผล :	1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ 2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส 3. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ 3, 6 , 9 และ 12 เดือน
เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager 4.คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver 70 ชม. และ 420 ชม. กระทรวงสาธารณสุข 5. คู่มือและ Application การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม “สูงวัย สมองดี”

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2558	2559	2560	2561
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long	ร้อยละ	27 ทุกตำบลทั่วประเทศ 1,958 ตำบล (จาก 7,255 ตำบล	74.5 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)	81.2 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 4,469 ตำบล)	71.7 ทุกตำบลทั่วประเทศ (จาก 7,255 ตำบล

<table>
<tr><td></td><td><table><tr><td>Term Care) ใน ชุมชน ผ่าน เกณฑ์</td><td></td><td>ทั่วประเทศ) ประเมิน 6 องค์ประกอบ (องค์ประกอบ ข้อที่ 1-6)</td><td>794 ตำบล (จาก 7,255 ตำบล ทั่วประเทศ) ประเมิน 7 องค์ประกอบ</td><td>3,628 ตำบล (จาก 7,255 ตำบล ทั่วประเทศ) ประเมิน 7 องค์ประกอบ</td><td>ทั่วประเทศ) ประเมิน 7 องค์ประกอบ</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
โทรศัพท์ 0 2590 4503 E-mail: kitti.l@anamai.mail.go.th
2. นางวิมล บ้านพวน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
โทรศัพท์ 0 2590 4509 โทรศัพท์มือถือ 09 7241 9729
E-mail: vimol.b@anamai.mail.go.th</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1. นางรัชนี บุญเรืองศรี นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 09 9616 5396
โทรสาร : - E-mail: rachanee.b@anamai.mail.go.th
2. นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4500 โทรศัพท์มือถือ : 08 1454 3563
โทรสาร : - E-mail: orawannee.a@anamai.mail.go.th
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>หมวด</td><td>Promotion, Prevention & Protection Excellence
(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)</td></tr>
<tr><td>แผนที่</td><td>3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</td></tr>
<tr><td>ระดับการแสดงผล</td><td>จังหวัด</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัดย่อย</td><td>10.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
10.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl หรือค่าระดับRPG 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ
2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง
อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
1 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ
2 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุขแล้ว</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัด	2562	2563	2564
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ร้อยละ 2.05	≤ร้อยละ 1.95	≤ร้อยละ 1.85
อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50

<table>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
2. เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยขั้นต้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>1.ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3
2.ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ type area 1,3</td></tr>
</table>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2.กรณีการวัดความดันโลหิตที่บ้านจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบ HDC
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = (A1/B1) x 100 2.อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = (A2/B2) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	-	-	-	≤ร้อยละ 2.05
อัตราประชากร Pre-DMในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 90
อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	-	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 30

หมายเหตุ : *คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

1. งดสูบบุหรี่ และดมควันบุหรี่
2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม^2 ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปีด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)
3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
4. สถานบริการมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 วิธี

** วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ

วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC

<table>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>2558</td><td>2559</td><td>2560</td><td>2561</td></tr>
<tr><td>1.อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</td><td>อัตรา</td><td>2.09</td><td>2.40</td><td>1.80</td><td>1.89</td></tr>
<tr><td>2.อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</td><td>อัตรา</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>26.80</td></tr>
</table>
ที่มา : 1.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 กันยายน 2561
2.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2561</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5903973 E-mail : Sasitth@gmail.com
2.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5903964 E-mail : jurekong@hotmail.com
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td><u>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</u>
1.นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5903964 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com
2. นางสาววรัญญา ผกาผล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-59039688 E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com
3.นางสาวสุภาพร หน่อคำ นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-59039688 E-mail : maymmay2343@gmail.com
4.นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ นักวิชาการสาธารณสุข</td></tr>
</table>

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-59039688 E-mail : rukmoei@hotmail.com **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค** **<u>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</u>** 1. นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903964 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com 2. นางสาวอลิสรา อยู่เลิศลบ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903964 E-mail : alissara2559@gmail.com 3. นางสาวอีสตีน่า อุสนุน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903986 E-mail : isteena_143@hotmail.com **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**

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

	All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 - 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	**ปี 2562 นับจำนวนหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้น (ร้อยละ 90)** 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 **ข้อมูลสนับสนุน** **ปี 2561** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85) **ปี 2562** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90) **ปี 2563** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)

	ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)

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

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล
1	**ผู้บริหาร และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ**ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด **ทุกคน**ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) **หมายเหตุ:** 1. ผู้บริหาร หมายถึง นพ.สสจ., ผชช.ว., ผชช.ส. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด (ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร ในปีงบประมาณ 2561 ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการอบรมซ้ำ) 2. หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หมายถึง หัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และหัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร รวมจังหวัดละ 2 คน	1. คำสั่งแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด 2. รายชื่อผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการระดับจังหวัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) (จำนวน 9 ชั่วโมง)
2	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด สามารถเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้	1. **ตารางการปฏิบัติงาน**ของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด เป็นรายปี โดยระบุผู้ประสานงานหลักด้านข้อมูลเป็นรายสัปดาห์

			2. รายงานการตรวจสอบข่าวการเกิดโรคและภัยที่ผิดปกติประจำสัปดาห์ (SAT Weekly report) **ทุกสัปดาห์** 3. Spot Report ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด **หมายเหตุ :** นับเป็นปีงบประมาณ
	3	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด พร้อมทั้งจัดทำรายการทรัพยากรที่สำคัญจำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญเหล่านั้น	- รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ (Rapid Risk Assessment, RRA) ระดับจังหวัดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด**อย่างน้อย 2 ฉบับ** - รายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญ
	4	จัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ) **หมายเหตุ :** หน่วยงานในระดับจังหวัด หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ระดับจังหวัด ถึงระดับอำเภอ)	ทะเบียนรายชื่ออัตรากำลังคนของหน่วยงานที่เข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)
	5	นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย 1 ครั้ง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผน ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะ หรือฝึกปฏิบัติจริงตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน)	1. **รายงานผล**การบัญชาการเหตุการณ์และปฏิบัติงานตาม IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข 2. หรือ มี**รายงานการฝึกซ้อม**แผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์ม IAP

<table>
<tr><td></td><td><table><tr><td></td><td></td><td>3. กรณีมีการ Activate EOC ต้องส่ง Weekly Report ให้ สคร. จนกว่าจะ Deactivate EOC</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง)
2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค
3. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td><table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr>
<tr><td>ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง</td><td>ระดับ</td><td colspan="3">ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2562</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903155 โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885
2. นางสุธิดา วรโชติธนัน นักวิชาการวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903246 โทรศัพท์มือถือ : 085 246 9652
โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : suwor@yahoo.com
3. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3159 โทรศัพท์มือถือ : 081 356 1791
โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : un_run@yahoo.com
4. น.ส.กีรติกานต์ กลัดสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3158 โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866
โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com
5. น.ส.ศิณีนาถ กุลาวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 081 165 3731
โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : nuy_phnu@hotmail.com
6. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550
โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : milkthanatcha@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)</td><td>กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค</td></tr>
</table>

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสุธิดา วรโชติธนัน นักวิชาการวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903246 โทรศัพท์มือถือ : 085 246 9652 โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : suwor@yahoo.com 3. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3159 โทรศัพท์มือถือ : 081 356 1791 โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : un_run@yahoo.com 4. น.ส.กีรติกานต์ กลัดสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3158 โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com 5. น.ส.ศิณีนาถ กุลาวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 081 165 3731 โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : nuy_phnu@hotmail.com 6. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550 โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : milkthanatcha@gmail.com

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	**1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการที่	**2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี**
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

เกณฑ์เป้าหมาย (อัตราต่อพัน)

ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
38	36	34

วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล 1	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล 2	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A/B) X 1,000
รายการข้อมูล 3 (adjusted)	A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร์ ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B: อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2561 X 4 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2561 X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2561 X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	AXB

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

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

Small success

ส่วนกลาง			
1. มีการประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2. มีการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	1. มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ พ.ศ. 2562 ภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 2. มีการติดตามการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร 3. สนับสนุนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเขต/จังหวัดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตสุขภาพ ผ่านกลไกคณะกรรมการระดับชาติ	1. กฎกระทรวงสาธารณสุขภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีผลบังคับใช้ 2. มีนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะชีวิตให้แก่วัยรุ่นและเยาวชน 3. มีการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	1. มีการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2. มีการรายงานผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3. มีผลการติดตามการดำเนินงานตามแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน
เขตสุขภาพ/ สสจ./กรมวิชาการระดับเขต(ศูนย์อนามัย สนง.ป้องกันควบคุมโรค ศูนย์สุขภาพจิต)			
1. คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานครมีการประชุมหรือมีการกำหนดแผนการประชุม ประจำปี 2562	1.ประสานงานและสนับสนุนการจัดประชุมอนุกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของอนุกรรมการฯ 2. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกัน	1. มีการเยี่ยมประเมินและรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ 2. มีการขยายบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นหลัง	1. มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดจำนวน 2 ครั้ง 2. มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหา

2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด 3. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ 4. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขต 3. ศูนย์อนามัย สคร. ศูนย์สุขภาพจิตและ สสจ.มีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น 4. มีการดำเนินงานตามแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	คลอดหรือหลังแท้งที่มีประสิทธิภาพ 3. มีการขยาย อปท.ที่เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4. มีเครือข่ายการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยภายใต้ระบบประสุขภาพครอบคลุมทุกจังหวัด	การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด 3. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย 4. อัตราการคลอดในระดับเขตลดลงตามเป้าหมาย
<u>อำเภอ/รพช./รพท./รพศ.</u>			
1. คณะกรรมการพัฒนานาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2. มีการบรรจุเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3. มีแผนการจัดหาเวชภัณฑ์การให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งให้แก่	1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง 2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ	1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง 2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ	1. วัยรุ่นในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่หลากหลายอย่างทั่วถึง 2. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย

วัยรุ่นอย่างเพียงพอ พร้อมสำหรับให้บริการ			

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

รอบระยะเวลาประเมินผล	**รอบที่ 1:** 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2561–กุมภาพันธ์ 2562) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted) **รอบที่ 2** : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2562–กรกฎาคม 2562) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)
มาตรการสำคัญ	มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล ให้บรรลุผล : PIRAB (P=Partnership, I=Investment, R=Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity) P=Partnership /R=Regulation: 1. เร่งรัดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ผ่านกลไกของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการระดับชาติ เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม 2. เร่งรัดการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัด Building capacity: 3. พัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติงานบริการวัยรุ่นระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ Investment: 4. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น โดยเฉพาะในด้านการได้รับบริการให้คำปรึกษาวางแผนครอบครัวหลังคลอดหรือหลังแท้งที่มีคุณภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อให้มีเวชภัณฑ์การคุมกำเนิดพร้อมสำหรับการให้บริการ

<table>
<tr><td></td><td>P=Partnership
5. ส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพในการให้บริการวัยรุ่นตามมาตรฐานโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และส่งเสริมเครือข่ายการดำเนินงานระดับพื้นที่ด้วยการส่งเสริมกลไกอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
Advocacy:
6. สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลายหลายตรงตามความต้องการ</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2558</th><th>2559</th><th>25560</th></tr>
<tr><td>อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (อัตราการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎร์)</td><td>อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน</td><td>44.8</td><td>42.5</td><td>39.6</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276
โทรสาร : 02-5904163 E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com
2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339
โทรสาร : 02-5904163 E-mail : am-piyarat@hotmail.com
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339
โทรสาร : 02-5904163 E-mail : am-piyarat@hotmail.com
2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู นักวิชาการคอมพิวเตอร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4167โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339
โทรสาร 02-590-4163 Email : poppysunko.j@gmail.com
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</td></tr>
</table>

(ร่าง) รายละเอียดตัวชี้วัด (Measurement Template)

กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ชื่อตัวชี้วัด	**จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่**
คำนิยาม	**ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่**หมายถึงประชาชนหรืออสม. ที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน **ผู้สูบบุหรี่** หมายถึง ผู้ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิงในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป **ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมา** **บุหรี่** หมายถึง บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมาย ว่าด้วยยาสูบ **การบริโภคยาสูบ** หมายถึง การเสพยาสูบโดยวิธีสูบ/ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นใน ปาก หรือจมูกหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวน ๓,๐๐๐,๐๐๐ คน
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชน และ อสม.ที่สูบบุหรี่
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. อสม. เชิญชวนผู้สูบบุหรี่ให้เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปีฯและแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้ม และเว็บไซต์ www.thaiphc.net ๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รายงานผลการดำเนินงานในฐานข้อมูล แฟ้มSpecial PP ในระบบ ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) (https://hdcservice.moph.go.th/)
รายการข้อมูล	จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่= รายการข้อมูล
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๑ ล้านคน	มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๓ ล้านคน	คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ๑ ล้านคน	คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ๓ ล้านคน

เงื่อนไข:	-
วิธีการประเมินผล :	๑.วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล แฟ้ม Special PP จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ประมวลผลทุก ๓๐ วัน (ทุกเดือน) ๒. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับคาเปาหมาย
เอกสารสนับสนุน :	สารรัฐมนตรีฯ แนวทาง คู่มือ สื่อความรู้ฐานข้อมูล และอื่นๆ

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๙</th><th>๒๕๖๐</th><th>๒๕๖๑</th></tr>
<tr><td>จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่</td><td>จำนวน</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>
ไม่มี Baseline เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. กองตรวจราชการ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
๓. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๔. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๕. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๖. กองบริหารการสาธารณสุขสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๗. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๘. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล</td><td>๑. กองตรวจราชการ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงาน
ผลการดำเนินงาน</td><td>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
๑. ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
Tel.
Mobile
e-mail :
๒. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสุขภาพภาคประชาชน)
Tel. ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๖
Mobile ๐ ๘๑๘๖๘ ๑๐๔๒
e-mail : khunchaik@gmail.com
๓. นางศุภัคชญา ภวังค์คะรัต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
Tel. ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๒
Mobile ๐ ๘๑๗๐ ๑๓๐๐๖
e-mail : cherryphc@gmail.com</td></tr>
</table>

ข้อมูล ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน๒๕๖๑

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	**2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี** (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))
หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขตสุขภาพ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**26. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้**
คำนิยาม	**ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง** ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ **ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 และ 3 **หมายเหตุ** : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี 2561 ให้ใช้แบบเดิม สำหรับในปี 2560 อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ **ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง** ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ **ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 และ 3

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้

ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
2560 - 2564	มากกว่าหรือเท่ากับ 40%	มากกว่าหรือเท่ากับ 50%

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1และ3) 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1และ3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	(A/B) x 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	(C/D) x 100

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2562

	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 2560 2. แนวทางการรักษาการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2557	2558	2559	2560	2561
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	15.67	18.41	20.59	23.00	26.91
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	20.49	24.82	29.97	36.38	41.74

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 19 พ.ย. 61 จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903893 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903893 E-mail : asitth@gmail.com 2.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903893 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903893 E-mail : jurekong@gmail.com 3.นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903893 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903887 โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 โทรสาร : 02-5903893 E-mail : ncdplan@gmail.com 2. นางสาวอลิสรา อยู่เลิศลบ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903893 E-mail : alissara2559@gmail.com

	3. นางสาววรัญญา ผกาผล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903893 E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

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

เกณฑ์เป้าหมาย

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

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (878 อำเภอ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4

เกณฑ์ประเมิน

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการประชุม คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น	-มีคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด -มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต	อำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 60

วิธีการประเมินผล :	1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3.มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต ร้อยละ 60
เอกสารสนับสนุน :	1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536
โทรสาร :02 590 1239 E-mail : yyt2508@gmail.com

	2. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร :02 590 1239 E-mail : swiriya04@gmail.com 3. นพ.ธีรพงษ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1761 โทรศัพท์มือถือ : 087150 3030 โทรสาร : 0 2590 1802 E-mail : ttunakh@gmail.com 4. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : peed.pr@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ กองบริหารการสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901939 โทรศัพท์มือถือ : 0817333082 โทรสาร : 025901938 E-mail : jchanohet@gmail.com สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว 2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901743 โทรศัพท์มือถือ : 0898296454 โทรสาร : 025901641 E-mail : kavalinc@hotmail.com กองบริหารการสาธารณสุข 3. นางสมสินี เกษมศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901630 โทรศัพท์มือถือ : 0817472052 โทรสาร : 025901641 E-mail : somnee@hotmail.com กองบริหารการสาธารณสุข 4. นางเอื้อมพร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0811316800 โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : auam2702@gmail.com สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ60 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

1. การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

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

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

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	cross functionalเป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	fully integrateเป็นโครงข่ายทีมเดียวกันทั้งแนวตั้งและแนวราบ โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ	***ทีมสุขภาพ (Health Team)*** *หมายถึง ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)*
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่มครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน	มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	***ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need)*** *หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู)และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)*

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ ในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม	ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล จนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากร	มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจและความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท	สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	***ความผูกพัน*** *(engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร*

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ในบางประเด็น หรือบางระบบ	มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ	มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกั้น) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน	*Resourceหมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน*
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท และตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท ตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวนการจัดระบบดูแลสุขภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี	*Essential Careหมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ*

<table>
<tr><td>หมวด</td><td>Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)</td></tr>
<tr><td>แผนที่</td><td>5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>เขต/ประเทศ</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ</td><td>13.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน
คลินิกหมอครอบครัว ต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย
Staff - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์
- พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย
- นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย
System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่
- มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี
- ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
- การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน
- ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ
- ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล
Structure - ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในหรือนอกสถานบริการ</td></tr>
</table>

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม	ร้อยละ 24 (1,560 ทีม)	ร้อยละ 32 (2,080 ทีม)	ร้อยละ 40 (2,600 ทีม)

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม 1,170 ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2562 จำนวน = 364 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2561 จำนวน 806 ทีม)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทีม ใหม่ 50 %		ทีมสะสม 1,170 ทีม

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ทีมสะสม 1,560 ทีม

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ทีมสะสม 2,080 ทีม

วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
-	-	ตั้งเป้าไว้ 48ทีมและทำได้ตามเป้าแล้วคิดเป็น 0.78 %	เปิดดำเนินการได้ 596 ทีม คิดเป็น 9.17%	เปิดดำเนินการได้ 806 ทีม คิดเป็น 12.4%
จำนวนทีมที่คิดร้อยละ บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม)				

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 โทรสาร :02-5901939 E-mail : k.tewtong@yahoo.com **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว**

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	**สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 โทรสาร :02-59019398 E-mail : k.tewtong@yahoo.com 2. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 โทรสาร :02-59019398 E-mail : jchanphet@gmail.com **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว** **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11.การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	47.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
คำนิยาม	**1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง** หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU) **2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง** การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดีประกอบด้วย 1) บริหารดี2) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้ **หมวด** 1 การนำองค์กรและการจัดการดี **หมวด** 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย **หมวด** 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล **หมวด** 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย **หมวด** 5 ผลลัพธ์ โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้ ร้อยละ 60.00 -69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80ขึ้นไป เท่ากับ 5ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA) **3. การรับรองผล** จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

ปี 2565:

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	(ดูตารางด้านล่าง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
4,987 แห่ง	ร้อยละ	-	17.13	50.85

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	**2.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/เขต/ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**16.อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**
คำนิยาม	**1 ความสำเร็จการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค **3 กลุ่มเป้าหมาย** **3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน **3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)** คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน **4 หน่วยงานที่ดำเนินการ** ประกอบด้วย 4.1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ

	4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program) **5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค** หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ปีงบประมาณ 62	**ปีงบประมาณ 63**	**ปีงบประมาณ 64**
85	85	85

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2..เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)** ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
1.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)** คำนวณจาก สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)

2.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562)** คำนวณจาก สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562) B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน **หมายเหตุ** ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC
ระยะเวลาประเมินผล	▪ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ▪ ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2562 ▪ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค **<u>ไม่นับรวม</u>** ▪ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) ▪ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 <u>ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร</u> เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562-2564 :

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

หมายเหตุ :

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

วิธีการประเมินผล :

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

แนวทางการประเมินผล

1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค)

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

2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

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

3 ระดับจังหวัด

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

เอกสารสนับสนุน :

1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ

2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	82.8	84.2	84.4

หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	**กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค** 1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัทน์ ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรศัพท์มือถือ : 08 4605 6710 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : phalin1@hotmail.com 2. นายอรรถกร จันทร์มาทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1211 โทรศัพท์มือถือ : 09 6982 4196 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : auttagorn@gmail.com **กรมการแพทย์** ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์** ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : **กองบริหารการสาธารณสุข** ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางสาววิลาวรรณ สมทรง หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : swillwan@yahoo.com **กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายอรรถกร จันทร์มาทอง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กรและจัดการความรู้ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1211 โทรศัพท์มือถือ : 09 6982 4196 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : auttagorn@gmail.com **กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค**

ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมาย
อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2562

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

หมายเหตุ

1.ค่าเฉลี่ย หมาย ถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2560) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561 ที่มา http://www.tbcmthailand.net

2. ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561.

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

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

หมายเหตุ

* ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย

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

** ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561*	คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค(156 ต่อแสน ปชก.)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาปี 2561**	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
ประเทศ	**66,188,503**	**103,254**	**77,376**	**74.9**	85,185
กรุงเทพมหานคร	5,682,415	8,865	8,674	97.9	7,313
จังหวัดกระบี่	469,769	733	394	53.8	605
จังหวัดกาญจนบุรี	887,979	1,385	1,050	75.8	1,143
จังหวัดกาฬสินธุ์	986,005	1,538	1,304	84.8	1,269
จังหวัดกำแพงเพชร	729,133	1,137	780	68.6	938
จังหวัดขอนแก่น	1,805,910	2,817	2,507	89.0	2,324
จังหวัดจันทบุรี	534,459	834	659	79.0	688
จังหวัดฉะเชิงเทรา	709,889	1,107	726	65.6	914
จังหวัดชลบุรี	1,509,125	2,354	2,967	126.0	1,942
จังหวัดชัยนาท	329,722	514	241	46.9	424
จังหวัดชัยภูมิ	1,139,356	1,777	1,491	83.9	1,466
จังหวัดชุมพร	509,650	795	537	67.5	656
จังหวัดเชียงราย	1,746,840	2,725	1,423	52.2	2,248
จังหวัดเชียงใหม่	1,287,615	2,009	1,510	75.2	1,657
จังหวัดตรัง	643,072	1,003	538	53.6	828
จังหวัดตราด	229,649	358	285	79.6	296
จังหวัดตาก	644,267	1,005	848	84.4	829
จังหวัดนครนายก	259,342	405	352	87.0	334
จังหวัดนครปฐม	911,492	1,422	873	61.4	1,173
จังหวัดนครพนม	718,028	1,120	664	59.3	924
จังหวัดนครราชสีมา	2,639,226	4,117	2,626	63.8	3,397
จังหวัดนครศรีธรรมราช	1,557,482	2,430	1,502	61.8	2,004
จังหวัดนครสวรรค์	1,065,334	1,662	1,052	63.3	1,371
จังหวัดนนทบุรี	1,229,735	1,918	1,885	98.3	1,583
จังหวัดนราธิวาส	796,239	1,242	610	49.1	1,025
จังหวัดน่าน	479,838	749	422	56.4	618

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561*	คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค(156 ต่อแสน ปชก.)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาปี 2561**	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดบึงกาฬ	423,032	660	432	65.5	544
จังหวัดบุรีรัมย์	1,591,905	2,483	1,510	60.8	2,049
จังหวัดปทุมธานี	1,129,115	1,761	848	48.1	1,453
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	543,979	849	773	91.1	700
จังหวัดปราจีนบุรี	487,544	761	764	100.5	627
จังหวัดปัตตานี	709,796	1,107	628	56.7	914
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	813,852	1,270	687	54.1	1,047
จังหวัดพะเยา	477,100	744	570	76.6	614
จังหวัดพังงา	267,491	417	339	81.2	344
จังหวัดพัทลุง	524,857	819	460	56.2	675
จังหวัดพิจิตร	541,868	845	531	62.8	697
จังหวัดพิษณุโลก	865,368	1,350	955	70.7	1,114
จังหวัดเพชรบุรี	482,375	753	431	57.3	621
จังหวัดเพชรบูรณ์	995,331	1,553	1,006	64.8	1,281
จังหวัดแพร่	447,564	698	488	69.9	576
จังหวัดภูเก็ต	402,017	627	978	155.9	517
จังหวัดมหาสารคาม	963,072	1,502	1,368	91.1	1,239
จังหวัดมุกดาหาร	350,782	547	359	65.6	451
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	279,088	435	187	43.0	359
จังหวัดยโสธร	539,542	842	641	76.2	694
จังหวัดยะลา	527,295	823	515	62.6	679
จังหวัดร้อยเอ็ด	1,307,911	2,040	1,434	70.3	1,683
จังหวัดระนอง	190,399	297	259	87.2	245
จังหวัดระยอง	711,236	1,110	1,014	91.4	915
จังหวัดราชบุรี	871,714	1,360	761	56.0	1,122
จังหวัดลพบุรี	757,273	1,181	792	67.0	975
จังหวัดลำปาง	746,547	1,165	800	68.7	961
จังหวัดลำพูน	405,918	633	366	57.8	522
จังหวัดเลย	641,666	1,001	525	52.4	826

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561*	คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค(156 ต่อแสน ปชก.)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาปี 2561**	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดศรีสะเกษ	1,472,031	2,296	2,071	90.2	1,895
จังหวัดสกลนคร	1,149,472	1,793	933	52.0	1,479
จังหวัดสงขลา	1,424,230	2,222	1,965	88.4	1,833
จังหวัดสตูล	319,700	499	239	47.9	411
จังหวัดสมุทรปราการ	1,310,766	2,045	1,803	88.2	1,687
จังหวัดสมุทรสงคราม	193,902	302	177	58.5	250
จังหวัดสมุทรสาคร	568,465	887	1,403	158.2	732
จังหวัดสระแก้ว	561,938	877	734	83.7	723
จังหวัดสระบุรี	642,040	1,002	852	85.1	826
จังหวัดสิงห์บุรี	210,088	328	204	62.2	270
จังหวัดสุโขทัย	599,319	935	622	66.5	771
จังหวัดสุพรรณบุรี	852,003	1,329	816	61.4	1,097
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	1,057,581	1,650	1,140	69.1	1,361
จังหวัดสุรินทร์	1,397,180	2,180	2,069	94.9	1,798
จังหวัดหนองคาย	521,886	814	570	70.0	672
จังหวัดหนองบัวลำภู	511,641	798	474	59.4	658
จังหวัดอ่างทอง	281,187	439	239	54.5	362
จังหวัดอำนาจเจริญ	378,107	590	332	56.3	487
จังหวัดอุดรธานี	1,583,092	2,470	1,658	67.1	2,037
จังหวัดอุตรดิตถ์	457,092	713	463	64.9	588
จังหวัดอุทัยธานี	329,942	515	288	56.0	425
จังหวัดอุบลราชธานี	1,869,633	2,917	1,983	68.0	2,406

หมายเหตุ

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

** ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

<table>
<tr><td>หมวด</td><td>Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)</td></tr>
<tr><td>แผนที่</td><td>6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>3.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล</td></tr>
<tr><td>ระดับการแสดงผล</td><td>จังหวัด/เขต/ประเทศ</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>17.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU1 และ RDU2
- RDU 1 หมายถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย
- RDU 2 หมายถึงหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย
ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้
▪ <u>RDU ขั้นที่ 1</u> หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้
<table>
<tr><th>RDU 1 (รพ.)</th><th>RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)</th></tr>
<tr><td>1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3
3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ
4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3
5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3</td><td>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr>
</table>
▪ RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้
<table>
<tr><th>RDU 1</th><th>RDU 2</th></tr>
<tr><td>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัด ตาม RDU ขั้นที่ 1
2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด
3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ10</td><td>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
RDU ขั้นที่ 1 ≥ 80 % RDU ขั้นที่ 2 ≥ 10 %	RDU ขั้นที่ 1 ≥ 85 % RDU ขั้นที่ 2 ≥ 10 %	RDU ขั้นที่ 1 ≥ 90 % RDU ขั้นที่ 2 ≥ 15 %	RDU ขั้นที่ 1 ≥ 95 % RDU ขั้นที่ 2 ≥ 20 %

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr>
<tr><td>RDU</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 61.49</td><td>RDU ขั้น 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ขั้น 2 ร้อยละ 9.51
(ข้อมูล 9 เดือน)
(ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 15)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289
โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com
สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)
2. ภญ.นุชรินธ์ โตมาชา เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779
โทรสาร : 02-5907341 E-mail : nuchy408@gmail.com
สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ตัวชี้วัด RDU)</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</td><td>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)
กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1. ภญ.สรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907392 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5918486 E-mail : swech@fda.moph.go.th
กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2.ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289
โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
</table>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	**6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**
โครงการที่	**3.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/เขต/ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**18.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)**
คำนิยาม	AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้ **กิจกรรม AMR** (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง **https://goo.gl/qtJLuv**) 1 กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน 2 การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ (5) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (6) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (7) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (8) นำเสนอสรุปรายงานการพบเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มปัญหา (9) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R (10) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) (11) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทย์ฯ สคร. 3 การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (๑)การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย (2) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL (3) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (4) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (5) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (6) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (7) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้

		ยาอย่างเหมาะสม (8) การติดตามปริมาณการใช้ยา ทั้งภาพรวมและเฉพาะกลุ่มยา เช่น Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Betalactam/Betalactamase Inhibiotor (BLBI), Colistin (9) มีการติดตามมูลค่าการใช้ยา (10) การมีสรุปรายงาน พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มการใช้ยา
	4	การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (1) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ (3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR (4) IPC guideline (5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (7) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ (8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (11) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC
	5	การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหาและนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**AMR:** โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ))

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	AMR ขั้น Intermediate ≥ 10 %		AMR ขั้น Intermediate ≥ 20 %

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
AMR	ร้อยละ	-	-	88.98 (ผ่านเกณฑ์เป้าหมายขั้น basic ร้อยละ 70)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. **ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์** **เภสัชกรชำนาญการ**

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289

โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com

สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)

2. **ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร** **นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ**

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541

โทรสาร : 02-5910343 E-mail :wantana.p@dmsc.mail.go.th

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตัวชี้วัด AMR)

3. **นางวราภรณ์ เทียนทอง**

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980

โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com

สถาบันบำราศนราดูร (ตัวชี้วัด AMR)

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR) กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ภญ.สรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907392 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5918486 E-mail : swech@fda.moph.go.th **กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น** **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** 2.ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หมวด	Service excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	**6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)**
โครงการที่	**11.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง**
ระดับการแสดงผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**15.ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม**
ตัวชี้วัดย่อย	**<u>อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</u>** **15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)** **15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)** **15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)** **<u>การรักษาใน Stroke Unit</u>** **15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit** **<u>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม</u>** **15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)** **15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)**
คำนิยาม	**อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)** 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)

	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)
	การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ
	ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)
	ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่ได้รับการผ่าตัดนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น

เกณฑ์เป้าหมาย:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62)	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

การรักษาใน Stroke Unit	**ปีงบประมาณ 62**	**ปีงบประมาณ 63**	**ปีงบประมาณ 64**
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	**ปีงบประมาณ 62**	**ปีงบประมาณ 63**	**ปีงบประมาณ 64**
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 นาที (door to operation room time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล**
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12 - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	- รายงาน ตก.2 - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke ;I63)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
2. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic ;I60-I62)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;I60-I69)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5

อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 40
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 50
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2563:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	**รอบ 3 เดือน**	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 50

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ปี 2564:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดดลเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

small success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง - เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ - จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke - จัดอบรม Stroke: Basic course	- จัดอบรม Stroke Advance course, Stroke Manager, Pitfall management of stroke - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ เพื่อรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และ Stroke Unit - %SU≥35, %DTN ≥40, %DTOR≥50	- จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7	- ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ - %SU≥40, %DTN ≥50, %DTOR≥60 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7

วิธีการประเมินผล :	- รายงาน ตก.2 - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Base line data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2557	2558	2559	2560	2561
3.43	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	-	-	-	3.84
22.28	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	-	-	-	22.37
8.15	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	17.1	9.9	8.3	9.1	8.22

	-	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	-	-	-	-
	-	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	-	-	-	-
	-	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com 2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com						

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. *ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ*และการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com 3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	9.โครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	25.อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	**1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง** ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock **1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง** ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ **1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง** ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม **2. Community-acquired sepsisหมายถึง**การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจากcommunity-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis **3. กลุ่มเป้าหมาย**ในปีงบประมาณ 2562จะมุ่งเน้นที่กลุ่มcommunity – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป **4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง** การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้(sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป(ตารางที่ 3)modified early warning scoreSOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้ **5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล** หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆของแต่ละโรงพยาบาล **ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง**เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วย

	ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

เกณฑ์เป้าหมาย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด**แบบรุนแรง**ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 24ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48ในกลุ่มผู้ป่วยhospital-acquired sepsis

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
<ร้อยละ 30	<ร้อยละ 28/50	<ร้อยละ 24/48

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด**แบบรุนแรง**ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired**ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจากICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง 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= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น
รายการข้อมูล 3	C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส

	Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น
รายการข้อมูล 4	D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired 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+C) / D × 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

3. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
4. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
5. มีผลการติดตามกำกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30	-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ90
-	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ90
-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ90	-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ90
-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ30	-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3)ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ30

ปี 2563 :

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
2. เกณฑ์การให้คะแนน:

ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้

คะแนน	1	2	3	4	5
	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดร้อยละ40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดร้อยละ20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดร้อยละ10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดร้อยละ20

เอกสารสนับสนุน : แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr>
<tr><td>อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง</td><td>ร้อยละ</td><td>34.79</td><td>32.03</td><td>34.65</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1.นพ.พจน์ อินทลาภาพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี
โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891 E–mail :drpojin@yahoo.com
2.นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก
โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535 E–mail :mr.sepsis@yahoo.com
3.นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง
โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036 E–mail :crisis27@gmailcom</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3.สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
โทรสาร 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com
2. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499
โทรสาร 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com</td></tr>
</table>

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature >38°C or <36°C

Heart rate >90 beats/min

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

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

ตารางที่ 2tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

Urine output <0.5 mL/kg/hrเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2<250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

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

Creatinine>2.0 mg/dL(176.8µmol/L)

Bilirubin >2 mg/dL(34.2µmol/L)

Platelet count <100,000µL

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

ตารางที่ 3qSOFA (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

<u>ตารางที่ 4</u> 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
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่ายที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้วลืมตาสลึมลือ	ซึมมาก ต้องกระตุ้นจึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน ปัสสาวะ/8 ชม ปัสสาวะ/4 ชม ปัสสาวะ/1 ชม		≤500 ≤160 ≤80 ≤20	501-999 161-319 81-159 21-39	≥1,000 ≥320 ≥160 ≥40			

<u>การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล</u>

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 ℃(℉)	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5℃ (101.3)	+2

Interpretation

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

ตัวอย่างแบบบันทึก ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย)

ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล.. H code ....

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ไตรมาสที่1 (ต.ค– ธ.ค)	ไตรมาสที่2 (ม.ค–มี.ค)	ไตรมาสที่3 (เม.ย.– มิ.ย.)	ไตรมาสที่4 (ก.ค.–ก.ย.)	รวม
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด					
2	จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด					
3	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 (ระดับ2-3)ภายใน 3 ชม.					

หมายเหตุ :

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

นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

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

สูตรคำนวณ =จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic / จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด X 100

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

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

สูตรคำนวณ =จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. / จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด X 100

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

สูตรคำนวณ =จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับIVfluidจำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. / จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด X 100

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

สูตรคำนวณ =จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม. / จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด X 100

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	**7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**
โครงการที่	**1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**
ระดับการแสดงผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**37. อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1**
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1	**<u>เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care</u>** 1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2	**<u>ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง</u>** 2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9)
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3	**<u>เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</u>** 3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System **(ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)** **หมายถึง** ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) **แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ** การพัฒนา “**ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)**” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง **“ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)”** ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน **การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ**

	"ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน" หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับ**การคัดแยกเป็น** Triage Level 1 **"การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง" หมายถึง** นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน **"การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) TBI"** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของ หน้าที่การทำ งานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอก ทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก หรือบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ

เกณฑ์เป้าหมาย

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 12		

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 60	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 100	-	-

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 45	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3 3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ปีงบประมาณ 62: ร้อยละ 80 / ปีงบประมาณ 63: - / ปีงบประมาณ 64: - 3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ปีงบประมาณ 62: ร้อยละ 80 / ปีงบประมาณ 63: - / ปีงบประมาณ 64: -	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและ ภาวะภัยพิบัติ ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2, 3 (1.1,1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2)	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1, F2 ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	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

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินใน **โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12**

ปี 2562 :

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

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 1 :

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

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

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 2 :

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

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

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

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

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

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

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 3 :

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

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

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

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

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป มี TEA Unit เพื่อทำหน้าที่

จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก

รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง

วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ

วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ

นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล

2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด

2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง

3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต

3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต

3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ

เอกสารสนับสนุน :

http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/

คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE

<table>
<tr><td rowspan="3">รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2559</td><td>2560</td><td>2561</td></tr>
<tr><td></td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>11.89</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</td><td colspan="6">1. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ นายแพทย์ชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :037-211297 โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769
โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886
โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148
โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com
กรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td colspan="6">1. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769
โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
2. นายสโรช จินดาวณิชย์ นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 081-0745599
โทรสาร : 02-5901853 Email: maxjung_woo@hotmail.com
กองสาธารณสุขฉุกเฉิน
3. นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 095-4845829
โทรสาร : 02-5901853 E-mail : m.b.parichat@gmail.com
กองสาธารณสุขฉุกเฉิน
4. นางสาวพิมลมาส คุ้มชุ่ม นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 085-2878945
โทรสาร : 02-5901853 E-mail : pepimolmas11@gmail.com
กองสาธารณสุขฉุกเฉิน
5. นายอัครเดช เป็งจันตา นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 093-3923702
โทรสาร : 02-5901853 Email: akaradhp@gmail.com</td></tr>
</table>

	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายโสรัจจะ ชูแสง หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669 โทรสาร : Email : sorajja.c@niems.go.th **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. น.พ.ธีรชัย ยงชัยตระกูล นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8429384 โทรสาร : E-mail : teerachai.y@gmail.com **สำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์** 2. น.พ.กุลพัฒน์ วีรสาร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 2399 โทรศัพท์มือถือ : 081-8438830 โทรสาร : 02-3547084 E-mail :kveerasarn@gmail.com **สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์** 3. น.พ.เกษมสุข โยธาสมุทร นายแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 โทรสาร : E-mail : k.yothasamutr@gmail.com **กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์** 4. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี**

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ระดับการแสดงผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**33.ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)**
คำนิยาม	**ผู้ติดยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. v2 จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
20	22	24

วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติด ที่คัดกรองเป็นผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ได้แก่ สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในจังหวัด/ชุมชน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ทัณฑสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย
รายการข้อมูล 2 (Leading Indicator)	B = จำนวนผู้ติด ที่รับบการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
20	20	20

ปี 2563:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
22	22	22

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูล

สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน

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

เอกสารสนับสนุน : ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

หมายเหตุ หลังการบำบัดครบให้มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106
   สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884
   สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

	3. นพ. อัครพล คุรุศาสตรา รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข 4. นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ 5. นางอรพิน ทนันขัติ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106 สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข กรมการแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข 2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740 กองบริหารการสาธารณสุข 3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ระดับการแสดงผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**34.ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate)**
คำนิยาม	ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. V2 จำแนกเป็นผู้ใช้ (User) คะแนน 2 -3 และผู้เสพ (Abuse) คะแนน 4 – 26

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
40	42	44

วัตถุประสงค์	ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการติดตาม(พบตัว)และหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดทุกระบบ ในสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ในรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด (สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ทัณฑสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว
รายการข้อมูล 2 (Leading Indicator)	B = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
42	42	42

ปี 2564:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
44	44	44

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูล

สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
38	39	40	41	42

เอกสารสนับสนุน : ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
ร้อยละ 40 ของผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด (3 month Remission rate)	ร้อยละ			

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106
   สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884
   สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
3. นพ. อัครพล คุรุศาสตรา รองผู้อำนวยการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450
   ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

	4. นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ 5. นางอรพิน ทนันขัติ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106 สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข 2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740 กองบริหารการสาธารณสุข 3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**24. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ**
คำนิยาม	**การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ** การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

เกณฑ์เป้าหมาย : 1. **อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ**

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

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : **1.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี**

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**เป้าหมาย 1** ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ **เป้าหมายย่อย 1.1** ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการ และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว
แหล่งข้อมูล	**เป้าหมาย 1** : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข **เป้าหมายย่อย 1.1** : ข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขต สุขภาพ ของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และ

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายซ้ำ
เอกสารสนับสนุน :	1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

<table>
<tr><td></td><td>2. ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr>
<tr><td>การฆ่าตัวตายสำเร็จ</td><td>อัตราต่อประชากรแสนคน</td><td>6.35</td><td>6.03</td><td>อยู่ระหว่างประมวลผล</td></tr>
<tr><td>ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>94.5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรศัพท์มือถือ : 081-8052420
โทรสาร : 043-224722 E-mail : n_jumpathong@hotmail.com
2. นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63136 โทรศัพท์มือถือ : 090–5854643
โทรสาร : 043-224722 E-mail: jvkk_sakarin@hotmail.com
3. นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877
โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin63308@gmail.com
4.นางสาวพนิดา ชาปัญญา จพง.เวชสถิติชำนาญงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 089-6199137
โทรสาร : 043-224722 E-mail : suicidethailand@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1. นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094–9058877
โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin63308@gmail.com
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต</td></tr>
</table>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	12. โครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด เขต และ ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**30.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr**
คำนิยาม	• CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง • eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
66%	66%	66%

วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	• ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ • ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 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	• การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน • โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time
แหล่งข้อมูล	HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	66%	66%	66%

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	66%	66%	66%

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	66%	66%	66%

หมายเหตุ : ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสื่อมของไตต่างกัน

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
		63.3	63.6	62.8

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : - โรงพยาบาลหาดใหญ่	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 E-mail : kcharoen007@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1.นายไพบูลย์ ไวกยี โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : HDC กระทรวงสาธารณสุข	หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th

	2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com 3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	พ.ญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6469469 E-mail : wpichaiw@hotmail.com **สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี** **กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์** โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์** นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	36.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
คำนิยาม	การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM
1	Inguinal hernia	53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ® Direct and indirect inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ® 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ® 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ® 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ® 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ® 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®

			53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis ® 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.2 Unilateral repair of femoral hernia 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.3 Bilateral repair of femoral hernia 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
	2	Hydrocele	61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis) Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis
	3	Hemorrhoid	49.4 Procedures on hemorrhoids 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS 49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure
	4	Vaginal bleeding	68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus 68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus 68.21 Division of endometrial synechiaeLysis of intraluminal uterine adhesions 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation Dilation and curettage, Hysteroscopic endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus Uterine myomectomy
	5	*Esophagogastri cvarices*	I85.0 Oesophagealvarices with bleeding I85.9 Oesophagealvarices without bleeding I86.4 Gastric varices

		(Esophageal varices, Gastric varices)	I98.2* Oesophagealvarices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3* Oesophagealvarices with bleeding indiseases classified elsewhere 42.33 Esophageal varices by endoscopic approach 43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach 44.43 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
	6	Esophageal-Gastric Stricture	44.22 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site 44.92 Dilation of esophagus Dilation od cardiac Sphincter
	7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	C15.-Malignant neoplasm of oesophagus C16.-Malignant neoplasm of stomach 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)	D12.6 Colon, unspecificed polyposis (hereditary) of colon K63.5 Polyp of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp 45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine Endoscopic ablation of tumor of large intestine Endoscopic control of colonic bleeding
	9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	K800:Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K801:Calculus of gallbdr w othcholecystitis K802:Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K803:Calculus of bile duct w cholangitis K804:Calculusof bile duct w cholecystitis K805:Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis

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

		system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreaticdrainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct

หมายเหตุ : รอประกาศเพิ่มจาก 12 โรคเดิม (รอผลการพิจารณาจากที่ประชุม สปสช.)

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS ผ่านระบบ One Day Surgery System
แหล่งข้อมูล	One Day Surgery System
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	(see table below)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	**2560**	**2561**
-	ร้อยละ	NA	NA	36.34 (ข้อมูล 9 เดือน)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 2 กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270-9 ต่อ 7678-9 โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 โทรสาร : 0 2917 8917 E-mail : kityimpan@gmail.com **โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์** 2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000 โทรศัพท์มือถือ : 081 967 4148 E-mail : taweechai1@hotmail.com **โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา** 3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3458 7800 โทรศัพท์มือถือ : 081 941 7746 E-mail : wibunphantha@yahoo.com **โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com **สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์**

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจุฬารักษ์ สิงหกลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : klangpol@yahoo.com 2. นางสาวบัณฑิตา ภูพวก นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6330 โทรศัพท์มือถือ : 09 5954 9878 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail :bantita_1993@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : sp.dms57@gmail.com **สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์** 3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรศัพท์มือถือ : 08 5959 4499 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์**

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูก ถ่ายอวัยวะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต, ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	**32.อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**
คำนิยาม	• ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนด และญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และ ได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย • จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2562 ให้ใช้ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2561 เป็นตัวหาร) **หมายเหตุ** : (ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตดังเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
0.8 :100	0.9 : 100	1.0 : 100

วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จของการขอรับบริจาคอวัยวะ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในช่วงปีงบฯ 2562 มาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบฯ 2561
แหล่งข้อมูล	• ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (อวัยวะบริจาคจากผู้ป่วยสมองตายทุกรายในประเทศไทยจะต้องถูกจัดสรรโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเท่านั้น และกาชาดจะ

<table>
<tr><td></td><td>เป็นผู้รายงานจำนวน actual donor ในแต่ละปีให้กับ WHO จึงต้องถือรายงานของกาชาดเป็นมาตรฐาน)
• กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบฯ 2561</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B)x100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ไตรมาส 1 2 3 และ</td></tr>
</table>

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.2 : 100	0.4 : 100	0.6 : 100	0.8 : 100

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.225 : 100	0.45 : 100	0.675 : 100	0.9 : 100

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.25 : 100	0.5 : 100	0.75 : 100	1.0 : 100

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>ประเมินผลรายไตรมาส และ สรุปผลการประเมิน ณ สิ้นปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2558</td><td>2559</td><td>2560</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>0.31</td><td>0.30</td><td>0.45</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>พ.ญ.กรทิพย์ ผลโภค นายแพทย์ชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 E-mail : jibpat@yahoo.com
รพ.ราชวิถี กรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>นส.วราภรณ์ อ่ำช้าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 E-mail : Primary05@hotmail.com
กองบริหารการสาธารณสุข
กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851
E-mail : supervision.dms@gmail.com
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</td></tr>
</table>

	นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	พ.ญ.กรทิพย์ ผลโภค นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 E-mail : jibpat@yahoo.com **รพ.ราชวิถี กรมการแพทย์** **กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์** โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์** นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com

<table>
<tr><td>หมวด</td><td>Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)</td></tr>
<tr><td>แผนที่</td><td>6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>7. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td></tr>
<tr><td>ระดับการแสดงผล</td><td>จังหวัด</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>22.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน
2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น
- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา
- การทับหม้อเกลือ
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง
3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น
- การฝังเข็ม
- การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง
4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 62</th><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ 18.5</td><td>ร้อยละ 19.5</td><td>ร้อยละ 20.5</td><td>ร้อยละ 21.5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ความครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม
2. การรายงานจากจังหวัด</td></tr>
</table>

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
1. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน	1. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข 2. สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ.,รพท., รพช. เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA) ร้อยละ 40	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ - คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5 2. ส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ 6 ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด

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

<table>
<tr><td rowspan="7">รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="2">ผลการดำเนินงาน</td><td rowspan="2">ค่าประมาณการโดยเฉลี่ยในปีงบประมาณ 2562</td></tr>
<tr><td>ปีงบประมาณ 2560</td><td>ปีงบประมาณ 2561</td></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ไม่นับรหัส U77</td><td>ร้อยละ</td><td>14.96</td><td>17.37</td><td>18.5</td></tr>
<tr><td>- รพศ./รพท.</td><td>ร้อยละ</td><td>9.03</td><td>9.94</td><td>11</td></tr>
<tr><td>- รพช.</td><td>ร้อยละ</td><td>14.81</td><td>16.88</td><td>19</td></tr>
<tr><td>- รพ.สต.</td><td>ร้อยละ</td><td>25.88</td><td>33.32</td><td>36</td></tr>
<tr><td colspan="5">ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td colspan="5">1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรศัพท์มือถือ : 084-439-1505
โทรสาร : 0-2149-5647 E-mail : khwancha@health.moph.go.th
สถาบันการแพทย์แผนไทย
2. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรศัพท์มือถือ : 081-872-3270
โทรสาร : 0-2149-5636 E-mail : tewantha@gmail.com
กองการแพทย์ทางเลือก
3. นางสาวอัญชลี จูฑะพุทธิ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6900
โทรสาร : 0-2591-4409 E-mail : anchaleeuan@gmail.com
สถาบันการแพทย์ไทย-จีน
4. นายสมศักดิ์ กรีชัย กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรศัพท์มือถือ : 081-684-6683
โทรสาร : 0-2149-5653 E-mail : augus_organ@hotmail.com
กองวิชาการและแผนงาน
5. นางศรีจรรยา โชตึก กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรศัพท์มือถือ : 099-245-9791
โทรสาร : 0-2965-9490 E-mail : kungfu55@gmail.com
กองวิชาการและแผนงาน</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td colspan="5">กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td></tr>
</table>

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวผุสชา จันทร์ประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939 โทรสาร : 0-2965-9490 E-mail : ppin1987@gmail.com **กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน** 2. นางสาวสุดารัตน์ เกตโล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-149-5653 โทรศัพท์มือถือ 083-339-2252 โทรสาร : 02-149-5653 E-mail : Sudarat.osta@gmail.com **กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ** 3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7809 โทรศัพท์มือถือ : 082-729-8989 โทรสาร : 0-2951-0218 E-mail : sukunya0210@gmail.com **กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร**

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	**6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**28.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**
คำนิยาม	**อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ** หมายถึง จำนวนป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร

เกณฑ์เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (จากฐานข้อมูลปี พ.ศ.2560 : 28 ต่อแสนประชากร)

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
26 ต่อแสนประชากร	25 ต่อแสนประชากร	24 ต่อแสนประชากร

วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100,000
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	26

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	25

ปี 2564:		

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	24

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จากข้อมูลเบื้องตนของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ดูตารางด้านล่าง

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2558	2559	2560	2561
27.8 (2557)	ต่อประชากรแสนคน	28.6	26.55	26.44	20.92 (9 เดือน)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-9999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-348-4236 โทรสาร : 02-591-9972 E-mail : KK_hm2000@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 085-959-4499 โทรสาร : 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ : 02-590-6352

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	**10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH **กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข**
ระดับการแสดงผล	**เขตสุขภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด	**42.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ**
คำนิยาม	**1. เขตสุขภาพ (Regional Health)** หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีแนวนโยบายจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
2	5	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท
4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก
5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี
6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ
7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี
9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์
10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร
11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี
12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง

2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง

2.1 ข้าราชการ

2.2 พนักงานราชการ

2.3 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

2.4 ลูกจ้างประจำ

2.5 ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)

ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ทุกสายงาน

3. เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง เขตสุขภาพที่ได้รับคะแนน ตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากคะแนน

	เต็ม 100 คะแนน (ประเด็นละ 25 คะแนนเต็ม) ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็น ดังกล่าว ประกอบด้วย 3.1 **มีข้อมูล** คะแนนเต็ม 25 คะแนน 1) **ข้อมูล** หมายถึง รายละเอียดข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุข เช่น ชื่อ – สกุล, เพศ, อายุ, เงินเดือน, การเลื่อนตำแหน่ง ฯลฯ 2) **รายงานสถิติกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง รายงานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข เช่น รายงานจำนวนข้อมูลบุคลากรตามประเภทการจ้าง รายงานจำนวนบุคลากรตามตำแหน่ง รายงานจำนวนสูญเสียบุคลากร รายงานจำนวนตำแหน่งว่าง ฯลฯ 3) **ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข 4) **มีข้อมูล** หมายถึง มีการเชื่อมโยงข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข **3.2 มีแผนบริหารตำแหน่ง** คะแนนเต็ม 25 คะแนน 1) **ตำแหน่งว่าง** หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน ซึ่งมีความจำเป็นและขาดแคลน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด 2) **แผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง มีการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างที่มีอยู่เพื่อให้สามารถดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวมและกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น 3) **มีแผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง ทุกเขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่ง และมีกิจกรรมการดำเนินการตามข้อ 2) **3.3 มีการดำเนินการตามแผน** คะแนนเต็ม 25 คะแนน 1) **แผน** หมายถึง แผนบริหารตำแหน่งว่าง 2) **การบริหารจัดการ** หมายถึง การดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้แล้วเสร็จจนกระทั่งมีคำสั่งและบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 3) **การสรรหาบุคคล** หมายถึง การคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น การบรรจุผู้ได้รับคัดเลือก การบรรจุผู้สอบแข่งขันได้ การบรรจุกลับ การรับย้าย/รับโอน 4) **มีการดำเนินการตามแผน** หมายถึง มีการดำเนินการตามกระบวนการ/ขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ตามแผนการบริหารตำแหน่ง โดยจะต้องมีอัตราว่างลดลงคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5 ในไตรมาส 2 (และคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 ในไตรมาส 4) ซึ่งคำนวณจากจำนวนตำแหน่งว่าง

	ของข้าราชการและพนักงานราชการคงเหลือ เทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันรายงานผล **3.4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71** คะแนนเต็ม 25 คะแนน **1) กรอบอัตรากำลัง** หมายถึง การกำหนดจำนวนกำลังคนที่ควรมีตามภารกิจและหน้าที่ของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยใช้กรอบอัตรากำลังที่กำหนดปี 2560 – 2564 ตามมติ อ.ก.พ. ครั้งที่ 3/2560 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560 และจำนวนคนที่ควรมีรวมการจ้างทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) **2) การให้บริการทางการแพทย์** หมายถึง การกระทำต่อร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จิตใจของมนุษย์ และการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหรือเหตุใด ๆ การผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจ การแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ รวมถึงกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก (มติ อ.ก.พ กระทรวง ครั้งที่ 5/2561 วันที่ 25 กรกฎาคม 2561) ได้แก่ **2.1) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่<u>มีความขาดแคลนสูง</u>** หมายถึง สายงานที่สรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ยาก มีการผลิตน้อย หรือมีอัตราการแข่งขันทางการตลาดสูง ได้แก่ 1. นักกายภาพบำบัด/จพ.เวชกรรมฟื้นฟู 2. นักกิจกรรมบำบัด/จพ.อาชีวบำบัด 3. นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์ 4. นักรังสีการแพทย์/จพ.รังสีการแพทย์ 5. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 6. นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก 7. นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ **2.2) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่ยัง<u>มีความขาดแคลน</u>** ได้แก่ 1. นายแพทย์ 2. ทันตแพทย์ 3. เภสัชกร 4. พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเทคนิค 5. จพ.ทัตนสาธารณสุข 6. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 7. ช่างทันตกรรม 8. นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข 9. แพทย์แผนไทย

	10. นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพ.วิทย์ **3) บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ** หมายถึง จำนวนบุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้น 2.1 สายงานที่มีความขาดแคลนสูง) ที่มีอยู่จริงของเขตสุขภาพ เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน นับรวมทุกประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 **4. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตามข้อ 3) เมื่อเทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมดมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

เกณฑ์การให้คะแนน

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

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

รวม 100 คะแนน

รายละเอียดการให้คะแนน :

1. มีข้อมูล (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน	10 คะแนน
2	มีการรายงานสถิติกำลังคน	5 คะแนน
3	มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข (ใช้วิธีการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ)	10 คะแนน
รวม		25 คะแนน

2. มีแผนการบริหารตำแหน่ง (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

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

3. มีการดำเนินการตามแผน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ตัวชี้วัด ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด

สูตรคำนวณ = จำนวนตำแหน่งว่าง (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพ X 100

จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพ

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

4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

สูตรคำนวณ = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง X 100

กรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน

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

แนวทางการคำนวณตามเกณฑ์การให้คะแนนการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

เขตสุขภาพ	การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ						
	มีข้อมูล (25 คะแนน)	มีแผนบริหารตำแหน่ง (25 คะแนน)	มีการดำเนินงานตามแผน (25 คะแนน)	บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ≥71 % (25 คะแนน)	รวม (100 คะแนน)	ผ่าน (≥ 70%) /	ไม่ผ่าน (< 70%) X
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
รวม							

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอ มีคุณภาพ และมีความสุข 2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต.และ สอ.น.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งและการดำเนินการตามแผนของทุกเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต.และ สอ.น.)

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่งและมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่งและมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่งและมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS
เอกสารสนับสนุน :	

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		2559	**2560**	**2561**
ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	ร้อยละ	-	-	73.68

	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอคิดเป็นละ 73.68 โดยคำนวณจากจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอตามกรอบอัตราขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จำนวน 59 จังหวัด เทียบกับจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sansernx@gmail.com **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นายพรชัย ปอสูงเนิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862 โทรสาร : 02-5901858 E-mail : hrmoph@gmail.com **กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติราชการและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านบริหารทรัพยากรบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 1. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02–5918553 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5901355 E-mail : pink1327@hotmail.com 2. นายวิฑูรย์ หอมดวง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02–5918553 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5901355 E-mail : nonglom@hotmail.com 3. นางสาวมินตรา จิรมงคลโรจน์ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02–5918553 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5901355 E-mail :mintra.jiramongkonrod@gmail.com **กลุ่มงานอัตรากำลัง กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางฐิตาภรณ์ จันทร์สูตร นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662 โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com 2. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 – 8864662 โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com 3.นางสาวกนกกาญจน์ ฤทธิ์เลิศ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662 โทรสาร : 02-5901344 E-mail hrmd.strategy@gmail.com **กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	**10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**43. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)**
คำนิยาม	**องค์กรแห่งความสุข หมายถึง** หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามกระบวนการขับเคลื่อน 5 ขั้นได้แก่ ขั้นที่ 1 การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ขั้นที่ 3 การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ขั้นที่ 4 การดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ขั้นที่ 5 มีความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	**ปีงบประมาณ 63**	**ปีงบประมาณ 64**
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร(HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**การทำแบบประเมิน Happinometer : บุคลากรทุกคนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** 1. ข้าราชการ 2. พนักงานราชการ 3. ลูกจ้างประจำ 4. พนักงานราชการ 5. ลูกจ้างชั่วคราว (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา) **การทำแบบประเมิน HPI : บุคลากรระดับหัวหน้างานของหน่วยงานขึ้นไปทุกคน โดยหน่วยงานประกอบด้วย** 1. หน่วยงานส่วนกลาง 2. เขตสุขภาพ 3. สสจ.

	4. รพศ. 5. รพท. 6. รพช. 7. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ sms
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูลของรอบ 3 เดือน	1. การตอบแบบประเมิน Happinometer ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) 2. การตอบแบบประเมิน HPI ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI)
รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน Happinometer	A = จำนวนบุคลากรที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
	B = จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน HPI	A = จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรระดับหัวหน้างานขึ้นไปการเข้าตอบแบบประเมินในระบบ (HPI)
	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
แหล่งข้อมูลของรอบ 6 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 1)
แหล่งข้อมูลของรอบ 9 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 2)
แหล่งข้อมูลของรอบ 12 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 3) ใช้เกณฑ์การประเมิน (เอกสารหมายเลข 4)
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

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

2.ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI)	ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข		

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และแบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และแบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล : สำรวจ

เอกสารสนับสนุน :
แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2 (เอกสารแนบ 1)
แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3 (เอกสารแนบ 2)
แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4 (เอกสารแนบ 3)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Happinometer

ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ Happinometer ไปใช้

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
-	ร้อยละ	-	78.84	71.9 (9 เดือน)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน HPI

ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ HPI ไปใช้

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
-	ร้อยละ	-	62.18	-

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

เอกสารแนบ 1

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2

ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI

จังหวัด...

หน่วยงาน	ผลการวิเคราะห์ Happinometer					ผลการวิเคราะห์ HPI
	เพศ	อายุ	สายงาน	ความสุขรายมิติ	อื่น ๆ	

เอกสารแนบ 2

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3

ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม

มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขและดำเนินงานตามแผนฯ

จังหวัด...

หน่วยงาน	องค์ประกอบของแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข			ผลการดำเนินงานตามแผน			ปัญหา/อุปสรรค
	ผลวิเคราะห์ Hppinometer	ผลวิเคราะห์ HPI	ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน (เช่น อัตรากำลัง กลุ่ม	ดำเนินการแล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ปรับแผน	

เอกสารแนบ 3

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4

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

(เกณฑ์การคัดเลือกตามเอกสารแนบ 4)

จังหวัด..

หน่วยงาน...

ประเด็น Success story หรือ Bright spot

....

บทสรุปผู้บริหาร

....

....

....

....

....

....

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

....

....

....

....

....

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

....

....

....

....

....

....

ผู้ประสานงาน...**เบอร์ติดต่อ**..

แบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ

Excellent Happy Workplace Assessment (EHWA)

ชื่อองค์กร...

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดต่อข้อความในแต่ละข้อ โดยแต่ละระดับของผลการประเมินมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4 หมายถึง เห็นด้วย

3 หมายถึง ไม่แน่ใจ

2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 หมายถึง ไม่ตอบ หรือไม่มีความคิดเห็น

หมวดที่ 1 การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 1 การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข หมายถึง ผู้บริหารได้รับทราบแนวคิดองค์กรแห่งความสุข กำหนดเป็นนโยบายสร้างสุขขององค์กร						
1.1) ผู้บริหารกำหนดวิสัยทัศน์หรือนโยบายที่ชัดเจนในการเป็นองค์กรแห่งความสุข และมีการถ่ายทอดไปยังพนักงานทุกระดับ						
1.2) ผู้บริหารสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร						
1.3) ผู้บริหารสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
1.4) ผู้บริหารกำกับติดตามกระบวนการและผลการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
1.5) ผู้บริหารเป็นต้นแบบ/แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิต (ครองคน ครองตน และครองงาน)						
รวม						

อธิวัฒน์ เจี่ยวิวรรธน์กุล, ศรัล ขุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 2 การมุ่งเน้นการปฏิบัติ: กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีวิธีการอย่างไรในการออกแบบจัดการองค์กรให้มีความสุขที่ครอบคลุมลักษณะการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 2 การมุ่งเน้นการปฏิบัติ: กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรได้มีแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขให้กับบุคลากร โดยสอดคล้องกับแนวทางการสร้างสุขที่เหมาะสมกับบริบทองค์กร						
2.1) องค์กรมีการทบทวนปรับปรุงนโยบายการบริหารงานให้เอื้อต่อสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้งภายในและภายนอกอย่างสมเหตุสมผล						
2.2) องค์กรมีบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของพนักงาน เช่น การทักทาย การไหว้ การยิ้ม การรับฟังความคิดเห็นของพนักงานอย่างใกล้ชิด						
2.3) องค์กรมีการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับความต้องการของพนักงาน						
2.4) องค์กรมีมาตรการ/แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด						
2.5) องค์กรมีการพัฒนากระบวนการใหม่หรือนวัตกรรมในการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน						
รวม						

อธิวัฒน์ เจี่ยวิวรรธน์กุล, ศรัล ขุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 3 การจัดการความรู้สำหรับองค์กรสุขภาวะ

พิจารณาด้านการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และพัฒนาประสิทธิภาพของผลงาน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรในองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 3 การจัดการความรู้ หมายถึง องค์กรมีการจัดการความรู้ในการทำงาน และความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการร้างสุข และสามารถถ่ายทอดแก่บุคคลทั้งในและนอกองค์กร ผ่านสื่อต่างๆ ได้						
3.1) องค์กรมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการทำงานและเรียนรู้จากแนวการปฏิบัติที่ดีจากหน่วยงานอื่นนำมาประยุกต์ใช้						
3.2) องค์กรมีกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลสู่บุคคล หรือ จากบุคคลสู่สื่อสารสนเทศเพื่อใช้ในองค์กร						
3.3) องค์กรมีการจัดการข้อมูลสารสนเทศให้พร้อมใช้งานในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น ตำรา คู่มือ						
3.4) องค์กรมีพนักงานสามารถถ่ายทอดทักษะการทำงานและปรับปรุงผลงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้						
3.5) องค์กรมีช่องทางในการถ่ายทอดความรู้ที่หลากหลายช่องทางตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น การอบรม การสอนงาน การส่งบุคลากรไปอบรมต่างๆ						
รวม						

อธิวัฒน์ เจี่ยวิวรรธน์กุล, ศรัล ขุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีจุดมุ่งหมายในการสร้างบุคลากรให้มีความสุขในองค์กรอย่างไรสอดคล้องกับแนวทางการสร้างความสุขระดับบุคคล สังคม และครอบครัว

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข หมายถึง องค์กรต้องการให้บุคลากรขององค์กรแห่งความสุขของตนเองมีคุณลักษณะอย่างไร						
4.1) พนักงานมีสุขภาพกายและใจที่ดี						
4.2) พนักงานมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ และมีความก้าวหน้าในอาชีพ						
4.3) พนักงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
4.4) พนักงานมีคุณธรรม จริยธรรม และมีจิตอาสา ช่วยเหลือสังคม						
รวม						

อธิวัฒน์ เจี่ยวิวรรธน์กุล, ศรัล ขุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุข

พิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดองค์กรแห่งความสุขมาใช้ในการดำเนินงานที่ส่งผลต่อผลิตภาพรวมขององค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุข หมายถึง ผลลัพธ์จากกระบวนการสร้างสุขในองค์กรที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานไปในทิศทางที่ดีขึ้น						
5.1) พนักงานมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร						
5.2) พนักงานมีความผูกพันต่อองค์กร						
5.3) พนักงานมีความสุขในการทำงาน						
5.4) องค์กรได้รับรางวัล/การเชิดชู/ยกย่องจากหน่วยงานภายนอกในการดำเนินงานสร้างสุขในองค์กร						
5.5) องค์กรมีผลการดำเนินงานด้านต่างๆ ที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา						
รวม						

สรุปผลการประเมิน

มิติที่	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. การนำองค์กรแห่งความสุข	5	25	
2. กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข	5	25	
3. การจัดการความรู้ในองค์กร	5	25	
4. การมุ่งเน้นบุคลากร	4	20	
5. ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งความสุข	5	25	
รวม	24	120	

อธิวัฒน์ เจี่ยวิวรรธน์กุล, ศรัล ขุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	**12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ**
โครงการที่	2. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	**ประเทศ /เขต/จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**49. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital**
คำนิยาม	**Digital Transformation** หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลา ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย ในปี 62 มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital **Smart Hospital** หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ ในปีงบประมาณ 2562 กำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ไว้ 3 ระดับ ดังนี้ **<u>ระดับ 1</u>** Smart Tools : หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร ได้แก่ 1. มีระบบให้บริการนัดหมาย หรือ จองคิวแบบออนไลน์ มีระบบแจ้งเตือนผู้รับบริการแบบ "ออนไลน์" (Queue Online) เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการ และลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยจัดบริการ ณ จุดคัดกรอง หรือคลินิคอื่นๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด แสดงผลบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS 2. มีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน เช่น HIS Gateway *โรงพยาบาลต้องแสดงการใช้ Smart Tools ทั้ง 2 ระบบจึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 1* **<u>ระดับ 2</u>.** Smart Service : หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น - การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

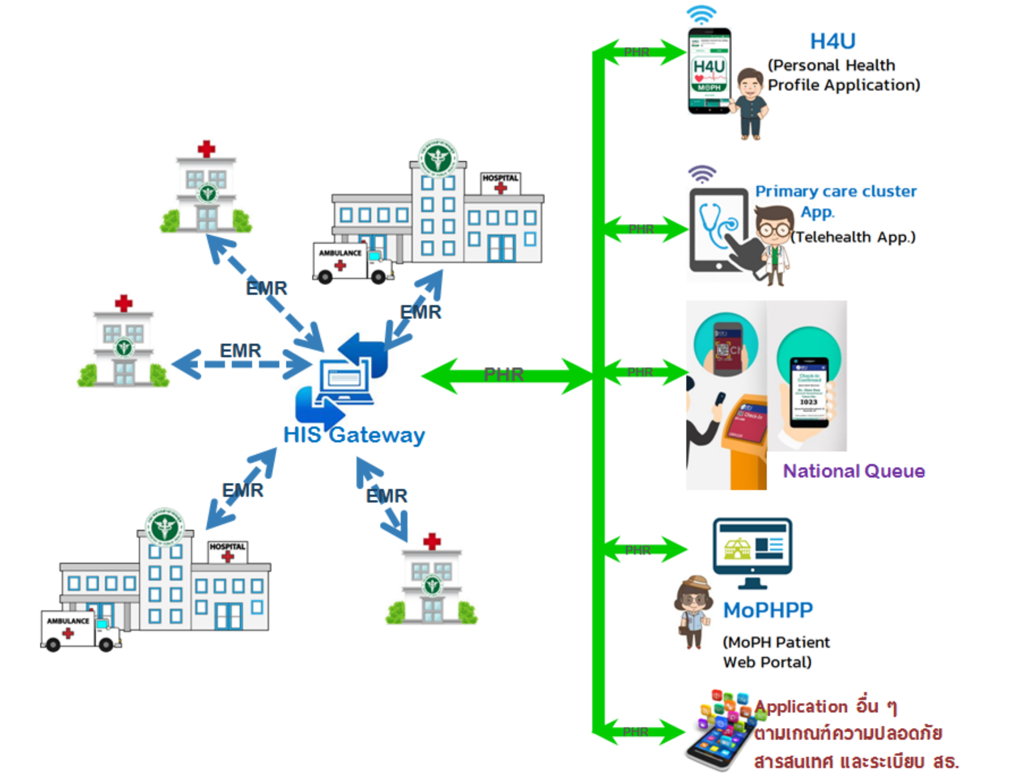
	- การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ *โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และต้องมี Smart Service เรื่อง การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 2* **<u>ระดับ 3</u>.** Smart Outcome: หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System ; ERP) ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กร มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ ทั้งนี้ เขตสุขภาพ/กรมวิชาการ สามารถเลือก Success Story จาก ERP Model ของโรงพยาบาลได้เอง *โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1, 2 และแสดง Success Story จาก Smart Outcome ได้อย่างน้อย 1 เรื่อง จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 3*

เกณฑ์เป้าหมาย :

วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ในระดับจังหวัด และระดับเขต/กรมวิชาการ ดังนี้

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	**2563**	**2564**	**2565**
โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital **ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป**	รพศ./รพท จังหวัดละ 1 แห่ง	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท
	ร้อยละ 50 ของ รพช	ร้อยละ 70 ของ รพช	ร้อยละ 85 ของ รพช	ร้อยละ 100 ของ รพช
	ร้อยละ 50 .ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 70 .ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 85 .ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 100 .ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ

วัตถุประสงค์	• เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย • โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ • บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม • เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รพ. ทำแบบประเมินตนเองจัดส่งให้ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. รวบรวม 2. การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Health KPI ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
แหล่งข้อมูล	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. 3. สำนักงานเขตสุขภาพ 4. กรมวิชาการ ที่มีโรงพยาบาลในสังกัด (กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, กรมควบคุมโรค) 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด/ เขต/ กรมวิชาการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
รพ.กลุ่มเป้าหมาย คือ 1.รพ.สังกัด สป. คือ - รพศ/รพท 116 แห่ง - รพช 781 แห่ง 2.รพ.สังกัดกรมวิชาการทุกแห่ง รับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital	**ร้อยละ 50** ของรพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ระดับ 2 ขึ้นไป	**ร้อยละ 75** ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ระดับ 2 ขึ้นไป	**ร้อยละ 100** ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ระดับ 2 ขึ้นไป

วิธีการประเมินผล :

1. ประมวลผลจากแบบประเมินตนเองของ รพ.
2. การตรวจเยี่ยมจากจังหวัด/เขต/กรมวิชาการ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ Smart Tools, Smart Service, Smart Outcome

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางและมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล (HIS Gateway)
2. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน H4U
3. คู่มือ MOPH Connect Smart Queue กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.
4. คู่มือแอปพลิเคชั่น “Hygge Medical Service” เขตสุขภาพที่ 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
รพ.ภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital	แห่ง	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

<u>Project Manager</u>

1.นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรศัพท์มือถือ : 0635499693
โทรสาร : 025918565 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.

2.นายแพทย์เลอศักดิ์ ลีนะนิธิกุล นายแพทย์ชำนาญการ
รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901217 โทรศัพท์มือถือ : 0818925883

	โทรสาร : 025901215 E-mail : drlersak2012@gmail.com **รพ.วชิระภูเก็ต / ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** <u>Smart Tools:</u> นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :025902185 ต่อ 414 โทรศัพท์มือถือ : 0871015708 โทรสาร : 025901215 E-mail : kmapong@gmail.com **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** <u>Smart Service :</u> นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543 โทรสาร : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<u>Smart Tools:</u> 1.เดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรศัพท์มือถือ : 0635499693 โทรสาร : 025918565 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.** 2.นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 414 โทรศัพท์มือถือ : 0871015708 โทรสาร : 025901215 E-mail : kmapong@gmail.com **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** <u>Smart Service:s</u> นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543 โทรสาร : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :025901200 โทรศัพท์มือถือ : 0870276663 โทรสาร : 025901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	**12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ**
โครงการที่	2. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	**ประเทศ/เขต/จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**50. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ**
คำนิยาม	PCC : Primary Care Cluster **คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง** ระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คนต่อทีม มีบทบาทในการให้ **บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี** โดยขยายความได้ดังนี้ • บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ • บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค • บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและชุมชน • บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่องป้องกันรักษา และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการทิ้งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook แล้วมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบ แต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมอครอบครัว ช่วยแนะนำดูแล หรือ โทรศัพท์ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกัน **ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย** แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้น เขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล *(อ้างอิง แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, หน้า 2-3)* **Application PCC หมายถึง** ระบบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop หรือ Notebook และสามารถใช้งานผ่าน Mobile Device (Smart Phone/Tablet) สำหรับทีมหมอครอบครัว (PCC) ในการติดตามดูแลผู้ป่วย/ประชาชน ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) แต่มีขนาดเล็กกระทัดรัด เหมาะสม มีความคล่องตัวและสะดวกในการใช้งาน ภายใต้ความร่วมมือ

	ของสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) กับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์เป้าหมาย :

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	**2563**	**2564**	**2565**
ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป.	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2563 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2564 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2565 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์	• เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว (PCC) • เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก Big Data และ HIS Gateway ในการให้บริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (PHR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นเจ้าข้อมูลเอง • เพิ่มช่องทางการรับบริการจากทีมแพทย์ โดยไม่ต้องมาแออัดกันในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาในการรอคอย • เพื่อยกระดับการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความทันสมัยและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีม PCC (ทีมหมอครอบครัว) ทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ศทส. สป.สธ. รายงานผลการพัฒนา App. PCC 2. สสป. รายงานผลการทดลองใช้ App. PCC
แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2. โรงพยาบาลแม่ข่ายของทีม PCC 3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สป.สธ. 4. สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) 5. สำนักงานเขตสุขภาพ 6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีม PCC ที่ใช้ Application PCC
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป.
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (12 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีการจัดทำข้อสรุปแนวทางการพัฒนา Application PCC รายงานเสนอ CIO สป.สธ. ทราบ 2. มีการคัดเลือกทีม PCC เป้าหมาย อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ทีม เป็น PCC นำร่อง 3. มีการจัดทำ Work Shop การพัฒนา Application PCC	1. มีการพัฒนา Application และทดสอบใช้งานใน PCC นำร่อง 2. มีการรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนา Application PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ	1. มีการนำ Application PCC ไปใช้กับทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562 (ร้อยละ 50) 2. มีการติดตามผลการใช้ Application PCC 3. มีการรายงานผลการใช้ Application PCC พร้อมข้อเสนอแนะ เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ	มีการนำ Application สำหรับ PPC ไปใช้ใน PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562 (ร้อยละ 100)

วิธีการประเมินผล :

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

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางและมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล (HIS Gateway)
2. ผลวิเคราะห์แนวทางการใช้ Application PCC ดูแลประชาชน (PCC Platform) โดย สปค.
3. คู่มือ การใช้งาน App. PCC

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
ทีม PCC ที่มีการใช้ App. PCC	แห่ง	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

Project Manager:

1. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 0931310808

โทรสาร : - E-mail : paitoongt@gmail.com

โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)

	2. นายวสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532 โทรสาร : 025901215 E-mail : wasun.s@moph.go.th **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 0931310808 โทรสาร : - E-mail : paitoongt@gmail.com **โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)** 2. นายวสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532 โทรสาร : 025901215 E-mail : wasun.s@moph.go.th **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901200 โทรศัพท์มือถือ : 0870276663 โทรสาร : 025901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
คำนิยาม	**หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง** หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
1.1 CR < 1.5	1	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน /หนี้สินหมุนเวียน
1.2 QR < 1.0	1	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ /หนี้สินหมุนเวียน
1.3 Cash < 0.8	1	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0	1	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0	1	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ - ค่าใช้จ่าย
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ

รับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน	0	
3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก	0	
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2	

การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2562

1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง
   : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ
   : แผนงาน/กิจกรรม
   : ผลผลิต/ผลลัพธ์
2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)
3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน

มาตรการ

มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

มาตรการที่ 2: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

มาตรการที่ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)

มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

มาตรการที่ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	1.1 พัฒนาต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ใน DM, HT 1.2 จัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ	1.1 มีต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่าเป้าหมาย : ข้อเสนอการเตรียมแผนใช้งานจริงในปีต่อไป 1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์*

			*การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์ ตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานปี 2561 : ไตรมาส 1 ร้อยละ 100 ไตรมาส 3 ร้อยละ 100
		1.3 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	1.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย (รายได้ไม่รวมงบลงทุนและค่าใช้จ่ายไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) โดยประเมินจากแผนประมาณการรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการดำเนินการส่งและผ่านการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์ ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานปี 2561 <u>รอบที่ 1</u> วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ร้อยละ 93 <u>รอบที่ 2</u> วันที่ 30 เมษายน 2561 ร้อยละ 94

	มาตรการ 2: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)	2.1 พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน 2.2 นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพบัญชีมาประเมินความถูกต้องของข้อมูล 2.3 พัฒนาการรับ – จ่ายเงินภาครัฐทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Payment ภาครัฐ)	2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ที่การตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิคส์ ผลงานไตรมาสที่ 3/61 ร้อยละ 88.4 ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 2.2 ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่มีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคาร ตามเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของกรมบัญชีกลาง (186 แห่ง) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 2.3 ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายดำเนินการจ่ายเงิน รับเงิน และนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (KTB Corporate Online) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90
	มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)	3.1 พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้เข้าสู่ตำแหน่ง ผอ. รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.	3.1 ผู้บริหารด้านการเงินการคลังได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง เพื่อเข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.

		3.2 พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.) 3.3 พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ CFO ระดับเขตและจังหวัด 3.4 พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากรด้านการเงินการคลัง 3.5 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายใน ตามมาตรฐาน CGIA	ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม 3.2 ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.) <u>ตามกลุ่มเป้าหมาย</u> ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม 3.3 CFO ระดับเขตและระดับจังหวัด ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม 3.4 เครือข่ายและบุคลากรด้านการเงินการคลัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม 3.5 ร้อยละของผู้ตรวจสอบภายใน ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามมาตรฐาน CGIA ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
	<u>มาตรการที่ 4:</u> สร้างประสิทธิภาพการบริหาร	4.1 กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการ	4.1 กระจายอำนาจให้เขตบริหารจัดการและปรับเกลี่ย

	จัดการ (Efficient Management)		ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ 4
		4.2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม (Merging)	4.2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม 1) บริหารจัดการร่วม (Administrative merging) 2) ให้บริการร่วม (Service merging) 3) ใช้ระบบสนับสนุนร่วม (Support merging) ค่าเป้าหมาย : ประเมินผลความสำเร็จ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
	มาตรการ 5: ติดตามกำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)	5.1 ควบคุมกำกับ โดยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน 5.2 ควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 plus efficiency)	5.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5 ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 5.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

		5.3 ควบคุมกำกับ ด้วยเกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (Unit cost)	5.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
		5.4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการหน่วยบริการ ด้วยการตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน	5.4 ร้อยละของหน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการตรวจสอบภายใน และควบคุมภายใน - ร้อยละของหน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ ค่าเป้าหมาย : หน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 - ร้อยละของหน่วยบริการ ได้รับการตรวจสอบงบการเงินตามเป้าหมาย - รพศ./ รพท. = 100% - รพช. = 25% ค่าเป้าหมาย : หน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการ

		5.5 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล ความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ	ควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 5.5 มีรายงานผลการวิเคราะห์ด้านการเงินการคลัง (Standard Report) ระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต ประเทศ ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงิน ระดับ 7 ของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ 4

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0

วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**			
		2558	2559	2560	2561
หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส 1/58 ร้อยละ 6.31 ไตรมาส 2/58 ร้อยละ 5.76	ไตรมาส 1/59 ร้อยละ 8.46 ไตรมาส 2/59 ร้อยละ 5.04	ไตรมาส 1/60 ร้อยละ 0.91 ไตรมาส 2/60 ร้อยละ 0.78	ไตรมาส 1/61 ร้อยละ 0 ไตรมาส 2/61 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/61

			ไตรมาส 3/58 ร้อยละ 12.19 ไตรมาส 4/58 ร้อยละ 15.65	ไตรมาส 3/59 ร้อยละ 9.83 ไตรมาส 4/59 ร้อยละ 13.49	ไตรมาส 3/60 ร้อยละ 3.13 ไตรมาส 4/60 ร้อยละ 9.71	ร้อยละ 1.45

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวัฒน์ชัย จรูญวรรธนะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : cwatchai@gmail.com **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ** 2. นายวัลลภ คชบก หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : wallop4444@gmail.com **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ** 3. นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : nimanong_15@hotmail.com **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ** 4. นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : numkhang_sere@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอโณทัย ไชยปาละ **กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ** โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 1576 E-mail : meawrnothai@gmail.com **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ** **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	**11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ**
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**46. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3**
คำนิยาม	**โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง** - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) HA (Hospital Accreditation) **หมายถึง** กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ขั้น ดังนี้ **- HA ขั้น 1 หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง **- HA ขั้น 2 หมายถึง** โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ขั้น 2 **- HA ขั้น 3 หมายถึง** โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

เกณฑ์เป้าหมาย

รายละเอียด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
2. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	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 ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 734 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. (A/B) x 100 2. (C/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ90.00

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

	(ต่อ)

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

เงื่อนไข :

1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ

กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง ประกอบด้วย

- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 แห่ง

  (ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยใน และเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)

2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)

2. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ

3.ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เอกสารสนับสนุน :	● จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2558	2559	2560	2561
ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 96.36	ร้อยละ 83.64	ร้อยละ 99.39
ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 69.40	ร้อยละ 69.49	ร้อยละ 62.31	ร้อยละ 85.75

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรศัพท์มือถือ : -
   โทรสาร : 02-590-0802 E-mail : -
2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625
   โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com
3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332
   โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : chittima2197@gmail.com
4. นางสาวศิวพร บุญเสก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869
   โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com
5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต นักวิชาการสาธารณสุข
   โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755
   โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : w-wunchai@hotmail.com

กองบริหารการสาธารณสุข

	1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6132 โทรสาร : 02 -591-8234	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -
	2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6137 โทรสาร : 02 -591-8234	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : – E-mail : -
	3 นางสาวกัลยณัฏฐ์ วงษ์ขุนไกล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6136 โทรสาร : 02-591-8234	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 081-6969942 E-mail : psd.dms.moph@gmail.com
	กรมการแพทย์	
	1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3395 โทรสาร : 02-590-3268	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-640-9393 E-mail : jama_pin@hotmail.com
	2. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3347 โทรสาร : 02-590-3268	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-797-4695 E-mail : trodjana@hotmail.com
	กรมควบคุมโรค	
	1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ สุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8207 โทรสาร : 02-149-5533	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 086-732-3712 E-mail : -
	2. น.ส.ชิดชนก โอภาสวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8092 โทรสาร : 02-149-5533	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 083-139-673 E-mail : sidarama4@gmal.com
	กรมสุขภาพจิต	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร :	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail :
	2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625

	โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com 3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : chittima2197@gmail.com 4. นางสาวศิวพร บุญเสก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com 5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : w-wunchai@hotmail.com **กองบริหารการสาธารณสุข**

<table>
<tr><td>หมวด</td><td>Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)</td></tr>
<tr><td>แผนที่</td><td>11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>เขต/จังหวัด</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>45. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้
1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 กอง
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง
การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์การ 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวดจนครบ 6 หมวด ดังนี้
1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน 13 คำถาม และทบทวนทุกปี
2. ดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวด ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ดำเนินการหมวด 2 กับหมวด 4 และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5
<table>
<tr><th>พ.ศ.</th><th>ภาคบังคับ</th></tr>
<tr><td>2561</td><td>หมวด 1,หมวด 5 (Maintain)</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>
</table>
3. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3 ลำดับแรก ที่ได้จากการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน
4. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ</td></tr>
</table>

	5. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ตามหัวข้อเกณฑ์ฯ หมวด 7 ให้มีความสอดคล้องกับ OFI พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) 6. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การของส่วนราชการ 7. จัดส่งเอกสารผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 8. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก 3 เดือน 9. ตรวจประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน 2 รอบ
เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><th>ระดับหน่วยงาน</th><th>ปีงบประมาณ 2562</th></tr><tr><td>1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td></tr><tr><td>2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td></tr><tr><td>3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td></tr></table>
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล 6	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ส่วนราชการจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์การ ครบ 13 คำถามภายในระยะเวลาที่กำหนด 2.ส่วนราชการมีผลประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ หมวด 2 กับหมวด 4 ภายในระยะเวลาที่กำหนดและคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5 3.ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) ภายในระยะเวลาที่กำหนด 4.ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด และกำหนดเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับ OFI) ภายในระยะเวลาที่กำหนด	1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด 2.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด 2.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	1.กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70) 2.สำนักสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70) 3.สำนักสาธารณสุขอำเภอดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 40)

วิธีการประเมินผล :

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
1	ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562
2	ส่วนราชการประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562
3	ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การของหมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562
4	ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI ของหมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562

ระดับคะแนน 1 – เกณฑ์การให้คะแนน

0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม

เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)

ระดับคะแนน 2 – เกณฑ์การให้คะแนน

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

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

ระดับคะแนน 3 – เกณฑ์การให้คะแนน

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

			เกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 ตัวชี้วัด ต่อ 0.10 คะแนน (interval)

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

5 ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด

ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน	
	- 0.50 คะแนน	1 คะแนน
รอบ 3 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ม.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ม.ค.62
รอบ 6 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.62
รอบ 9 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.62
รอบ 12 เดือน	ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.62

เกณฑ์การให้คะแนน

$$\frac{\text{ผลคะแนนรอบ 3 เดือน + รอบ 6 เดือน + รอบ 9 เดือน + รอบ 12 เดือน}}{4}$$

เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่http://www.opdc.go.th/

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2559</td><td>2560</td><td>2561</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td><td>กองส่วนกลาง</td><td>ระดับ</td><td>-</td><td>-</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>สสจ.</td><td>ระดับ</td><td>-</td><td>-</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>สสอ.</td><td>ระดับ</td><td>-</td><td>-</td><td>N/A</td></tr>
</table>
หมายเหตุ : ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลรายงานรอบ 12 เดือน</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นางสุวรรณา เจริญสวรรค์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052
โทรสาร: 02-5901406 E-mail: oeysuwanna@gmail.com
2. น.ส.อังคณางค์ หัวเมืองวิเชียร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277
โทรสาร: 02-5901406 E-mail: lkung1038@gmail.com
3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963
โทรสาร: 02-5901406 E-mail: a.deethongon@gmail.com
4. น.ส.กฤติกา ทรีย์มาติพันธ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรศัพท์มือถือ: 095-7120954
โทรสาร: 02-5901406 E-mail: trekrittka@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1. นางภารวี แก้วพันนา ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901018
โทรศัพท์มือถือ: 081-9316079
โทรสาร: 02-5901406 E-mail: Paravee.kpr@gmail.com</td></tr>
</table>

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI TEMPLATE)

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	
โครงการที่	
เป้าหมาย	เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ
คำนิยาม	เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ โดยแบ่งเขตสุขภาพออกเป็น ๑๓ เขต (รวมกรุงเทพฯ) แต่ละเขตสุขภาพรอบคลุม ๔-๘ จังหวัด ประชากรประมาณ ๓-๖ ล้านคน เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสม (Economy of scale) ด้านภูมิประเทศ การคมนาคมที่สะดวกของประชาชน เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อและเพิ่มอัตราความครอบคลุมบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยสนับสนุนโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างการบริหารองค์กร มีการบริหารจัดการรูปแบบคณะกรรมการพื้นฐาน ๒ ชุด คือ ๑) คณะกรรมการอำนวยการ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและกระทรวงสาธารณสุขและ ๒) คณะกรรมการเขตสุขภาพ มีหน้าที่ในการนำนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสนับสนุน พัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เขตสุขภาพ หมายถึง เขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒ ที่มีการแบ่งเขตการจัดบริการ ตามกรอบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ที่แบ่งการจัดเขตสุขภาพเพื่อการบริหารทรัพยากร และประชากร นวัตกรรม หมายถึง การพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ทั้งในรูปแบบใหม่หรือการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถประเมินผลทั้งในรูปแบบผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมหมายถึงการพัฒนาต่อยอดจากงานที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดีนำมาต่อยอด โดยเขตสุขภาพมีการกำหนดแนวทางเพื่อการพัฒนา ที่มีรูปแบบแตกต่างจากการปฏิบัติงานเดิม และทำให้กระบวนการขับเคลื่อนมีประสิทธิภาพ เช่น มีแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ มีแผนบูรณการและแนวทางขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ ทั้งระบบบริหาร ระบบบริการ การจัดโครงสร้างองค์กร โครงสร้างบริหารองค์กร ระบบบริหาร ระบบข้อมูล เขตสุขภาพสามารถเลือกกำหนดประเด็นนวัตกรรม ดำเนินการได้ทั้งเชิงระบบและเฉพาะแผนงาน ทั้งนี้ต้องดำเนินงานในรูปแบบเขตสุขภาพ ฯลฯ

เกณฑ์เป้าหมาย

เขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒

ปีงบประมาณ ๖๒	**ปีงบประมาณ ๖๓**	**ปีงบประมาณ ๖๔**	**ปีงบประมาณ ๖๕**
ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

วัตถุประสงค์	๑.เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเชิงนวัตกรรมของสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ๒.เพื่อสนับสนุนความเข้มแข็งการบริหารจัดการเชิงนวัตกรรมของเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รายงานการประเมินตนเอง - รายงานการประเมินผลของกองตรวจราชการและคณะทำงานประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัดใหม่

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		๒๕๕๙	**๒๕๖๐**	**๒๕๖๑**
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ	ระดับ	-	-	-

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
๑. มีแผนงานนวัตกรรมเชิงบูรณาการระดับเขต (แผนงาน แผนงบประมาณ) ๒. มีแผนการบริหารจัดการนวัตกรรมระบบบริการและระบบบริหารจัดการ ๓. มีการกำหนดประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) และแนวทางการดำเนินงาน ๔. มีแผนควบคุมกำกับประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) ๕. มีคำสั่งคณะทำงานขับเคลื่อนแผนนวัตกรรม	๑. มีผลการตรวจราชการรอบที่ ๑ ๒.รายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการเชิงนวัตกรรม	๑. มีระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและการบริหารจัดการแผนงานนวัตกรรม	๑. ผลการประเมินนวัตกรรมตามประเด็นที่กำหนด ๒. มีรายงานผลนวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ

วิธีการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือนและรอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๒๑ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ขั้นตอนที่ ๑	-	ขั้นตอนที่ ๒	-	ขั้นตอนที่ ๓

ขั้นตอนการดำเนินงาน	**เกณฑ์การให้คะแนน**	**เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน**	**ค่าคะแนนที่ได้**
๑	- มีแผนงานนวัตกรรมเชิงบูรณาการระดับเขต (แผนงาน แผนงบประมาณ) - แผนนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) และแนวทางการดำเนินงาน	-แผนบูรณาการนวัตกรรมเขตสุขภาพ/แผนงาน	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	-มีแผนควบคุมกำกับ ประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM)	-แผนการบริหารจัดการ	เท่ากับ ๓ คะแนน

	- มีคำสั่งคณะทำงานขับเคลื่อนแผนนวัตกรรม		
๓	ทุกเขตมีการกำหนดประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) และแนวทางการดำเนินงาน	-มีแผนและแนวทางการดำเนินงานตาม ด้านที่กำหนดเพื่อการพัฒนา	เท่ากับ ๕ คะแนน

การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๕

ขั้นตอนการดำเนินงาน	**เกณฑ์การให้คะแนน**	**เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน**	**ค่าคะแนนที่ได้**
๑	- มีแผนงานนวัตกรรมเชิงบูรณาการระดับเขต (แผนงานแผนงบประมาณ) - ประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) และแนวทางการดำเนินงาน	-แผนบูรณาการนวัตกรรมเขตสุขภาพ/แผนงาน	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	-มีแผนควบคุมกำกับ ประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) - มีคำสั่งคณะทำงานขับเคลื่อนแผนนวัตกรรม	-แผนการบริหารจัดการ	เท่ากับ ๒ คะแนน
๓	ทุกเขตกำหนดประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) และแนวทางการดำเนินงาน	-มีแผนและแนวทางการดำเนินงานตาม ด้านที่กำหนดเพื่อการพัฒนา -มีคำสั่งคณะทำงานขับเคลื่อนแผนนวัตกรรม	เท่ากับ ๓ คะแนน
๔	มีการกำกับติดตามความก้าวหน้า มีระบบข้อมูล	-มีรายงานการประชุมฯ - มีระบบข้อมูลฯ	เท่ากับ ๔ คะแนน
๕	มีการผลการประเมินการดำเนินงาน	-รายงานการประเมินผลตามแผนการพัฒนาเขตสุขภาพ	เท่ากับ ๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัดใหม่

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		๒๕๕๙	**๒๕๖๐**	**๒๕๖๑**
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ	ระดับ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นางลักษณา ว่งประทานพร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
๒. นางสุนีย์ สว่างศรี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๔๘๒ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๔-๓๘๘๒๖๕๙
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๘๒ E-mail : suneehealth@gmail.com
กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กองบริหารการสาธารณสุข
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นพ.วิเชียร เทียนจารุวัฒนา ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๘๒๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๑๖๐๗๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๘๙๑ E-mail : .... กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน

๑. เขตนำร่องมีแผนบูรณาการระดับเขต (แผนงาน แผนงบประมาณ)

๒. ทุกเขตมีแผนการจัดบริการและการบริหารจัดการทรัพยากร (Service Blue print & HRH Blueprint)

๓. ทุกเขตมีการกำหนดประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) และแนวทางการดำเนินงาน

๔. มีคำสั่งเขตสุขภาพนำร่อง ๓ เขต และ เขตสุขภาพอื่น

๕. มีคู่มือแนวทางการดำเนินงานเขตสุขภาพ

รอบ ๖ เดือน

๑.ผลการตรวจราชการ รอบที่ ๑ รายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการเขตสุขภาพ
๒.มีสำนักงานเขตในเขตสุขภาพนำร่อง ๓ เขต

รอบ ๙ เดือน

เขตมีระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรม

รอบ ๑๒ เดือน

๑.มีผลการประเมินเขตสุขภาพนำร่อง
๒.มีผลการประเมินนวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ (SIM)

มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

๑.พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนเขตสุขภาพ	๑. จัดทำโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพเขตนำร่อง ๓ เขต และเตรียมการโครงสร้างฯเขตสุขภาพ ๙ เขต (กพร.) ๒. จัดทำคำสั่งเขตสุขภาพนำร่อง ๓ เขตแล เขตสุขภาพอื่น (กม.) ๓. จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานเขตสุขภาพ (กตร.) ๔. ศึกษาและจัดระบบ (กศ.ภ.) ๔.๑ ระบบการจ่าย Primary Fund ที่แยกออกจากงบการรักษา ๔.๒ บูรณาการทุกกองทุน ที่บริหารจัดการโดยเขตสุขภาพ
๒.พัฒนาการจัดการเชิงกลยุทธ์	๑. จัดการระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและบริหารจัดการ (ทุกเขต) ๒. จัดทำแผนบูรณาการระดับเขต (แผนงาน แผนงบประมาณ) และดำเนินการ (เขตนำร่อง) ๓. จัดทำแผนการจัดบริการและการบริหารจัดการทรัพยากร (Service Blue print & HRH Blueprint) (ทุกเขต กตร. กยผ. กบรส. บค.) ๔. จัดทำนวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพอย่างน้อยเขตละ ๑ Model (SIM) และดำเนินการ (ทุกเขต)
๓.กำกับติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ	๑. Evaluation Research เขตสุขภาพนำร่อง (สวรส. กตร.) ๒. Evaluation Research เพื่อประเมินนวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ (สวรส. กตร.) ๓. ติดตามกำกับผ่านระบบตรวจราชการ (กตร.)
๔. ขยายผลและสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น	๑.จัดทำโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพ และการบริหารตำแหน่ง เขตสุขภาพที่ ๑- ๑๒ (กพร. บค.) ๒.ขยายการบูรณาการและความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น (เขตนำร่อง)

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	**11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ**
โครงการที่	**1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**44. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA**
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) . ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลูก/ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน "ระบบงาน" ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงการประเมิน "วัฒนธรรม" ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช. รวม 1,850 หน่วยงาน

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก

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

คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

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

วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 3. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง** จำแนกดังนี้ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน 2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน 4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 26 ข้อ (EB 1 – EB 26) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง
แหล่งข้อมูล	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 **(ใน 1 ปี)**
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 **หมายเหตุ :**

	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)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)
Small Success :			
ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น (EB 1- EB 4) ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายนของทุกปี	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 26) ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายนของทุกปี

วิธีการประเมินผล :	หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้ **ส่วนที่ 1** จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) **เกณฑ์การให้คะแนน :** **การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)** **Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB 1 – EB 4** **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)** **เกณฑ์การให้คะแนน** : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><th>ระดับ 1</th><th>ระดับ 2</th><th>ระดับ 3</th><th>ระดับ 4</th><th>ระดับ 5</th></tr><tr><td>EB 1</td><td>-</td><td>EB 2</td><td>-</td><td>EB 3-EB 4</td></tr></table>**ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้** <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 1</td></tr><tr><td>3</td><td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 2</td></tr><tr><td>5</td><td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 3-4</td></tr></table>**การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)** **ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)** **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80** **เกณฑ์การให้คะแนน** ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><th>ระดับ 1</th><th>ระดับ 2</th><th>ระดับ 3</th><th>ระดับ 4</th><th>ระดับ 5</th></tr><tr><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td></tr></table>**การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)** **ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)** **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85** **เกณฑ์การให้คะแนน** ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

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

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