



## คำนำ

เอกสารรายละเอียดตัวชี้วัดด้านสุขภาพจังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นคู่มือในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้ว ซึ่งภายในเล่มเอกสารฉบับนี้ประกอบด้วย รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดตามคำรับรองของผู้บริหาร(Performance Agreement) และตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ โดยแต่ละตัวชี้วัดมีการปรับประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดสระแก้ว พร้อมอธิบายค่านิยาม เกณฑ์เป้าหมายในการดำเนินงาน วิธีจัดเก็บ เป้าหมายผลสำเร็จตามไตรมาส (Small Success) รายชื่อ เบอร์โทรศัพท์ผู้ประสานงานตัวชี้วัด อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถสอบถามในประเด็นที่ติดขัด หรือไม่เข้าใจได้

ขอขอบคุณท่านนายแพทย์อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว หัวหน้ากลุ่มงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรวบรวมปัจจัยนำเข้า และจัดทำเอกสารเล่มนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์กับผู้นำไปใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้ว ทุกระดับ

หากผิดพลาดประการใด ทางคณะผู้จัดทำ ขออภัยและขอน้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุง ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1
แนวทางการดำเนินงานโดย นพ.สสจ. สระแก้ว	4
รายละเอียดตัวชี้วัดประจำปี 2560	
• ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2560 (96 ตัว)	6
• <b>ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ(PA)ปี 2560 (30 ตัว)</b>	6

1. Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	6
2. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	10
3. (PA1)ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	12
4. (PA2)ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	15
5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	20
6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	23
7. ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	28
8. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	31
9. (PA3)อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	34
10. ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	36
11. ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ	38
12. (PA4)ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	43
13. ร้อยละของ Healthy Ageing	49

แผนงานที่ 2 : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

14. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	53
15. (PA5)อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	57
16. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	60
17. (PA6)ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการพระราชดำริ)	62
18. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	63
19. (PA7)อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	66
20. (PA8)อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่	69

หน้า

## สารบัญ(ต่อ)

หน้า

แผนงานที่ 3 : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

21. (PA9) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	72
22. ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	76
23. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป	80
24. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)	83
25. (PA10) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด	85
26. (PA11) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	87
27. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	90

แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

28. (PA12) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	93
29. จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	97

**2. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

30. (PA13) ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)	102
31. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ	104

แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

32. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	114
33. (PA14) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	117
34. (PA15) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	120
35. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	122
36. (PA16) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล	125
37. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง ร้อยละ 10 ต่อปี	128
38. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	130
39. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	132
40. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	139
41. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	142
42. (PA17) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	145

## สารบัญ(ต่อ)

หน้า

43. อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)	147
44. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	150
45. (PA18)อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	153
46. (PA19)ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	155
47. (PA20)อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	159
48. อัตราตายจากมะเร็งปอด	161
49. (PA21)ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	163
50. ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	166
51. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม	169
52. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	171
<u>แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ</u>	
53. (PA22)ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	173
54. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	176
55. ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ	179
56. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (Trauma)	182
<u>แผนงานที่ 8 : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ</u>	
57. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety	184
58. (PA23)ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	187
59. (PA24)ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ	189
<u>แผนงานที่ 9 : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ</u>	
60. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด	191
61. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	194
62. สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ	198
63. ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้	202
64. อัตราการเสียชีวิตของมารดาในชายแดนใต้	204
<u>แผนงานที่ 10 : ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข</u>	
65. ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานสากล	206
66. ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น	209
67. ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	212
68. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ อย่างน้อย 100 ตำรับ/ปี	216

## สารบัญ(ต่อ)

หน้า

69. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ 218
70. จำนวนงานวิจัยสมุนไพรที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาดอย่างน้อย 10 เรื่องต่อปี 221

**3. People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)**แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

71. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 224
72. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 226
73. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด 231
74. (PA25) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้ 233
75. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้ 236
76. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate) 240
77. ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ 242
78. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 244

**4. Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)**แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ

79. (PA26) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA 248
80. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม 252
81. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน 254
82. ร้อยละหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ PMQA 257

แผนงานที่ 13 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

83. (PA27) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 261
84. ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE) 265
85. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record) 267

แผนงานที่ 14 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

86. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก  $\pm 10\%$  269
87. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ 272
88. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2560 275

## สารบัญ(ต่อ)

หน้า

89. คริวเรือนที่ต้องกลายเป็นคริวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ไม่เกินร้อยละ 0.4	278
90. ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP)	280
91. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)	282
92. (PA28)ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	284

แผนงานที่ 15 : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

93. (PA29)ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	287
94. ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี	290
95. ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	295
96. (PA30)ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และบังคับใช้	296

● **ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์จังหวัดสระแก้ว ปี 2560 (38 ตัว)****ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างระบบสุขภาพที่ประชาชนทุกคนเป็นเจ้าของ**

1. ร้อยละของสถานบริการทุกระดับที่ผ่านมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร One Stop Service - รพท. / รพช. /รพ.สต. / CMU /สถานบริการในสังกัดเทศบาล/ อบต. /(สสจ. /มหาดไทย)	
2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	299
3. ร้อยละของเทศบาล/อบต. ที่มีแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและมีการดำเนินงานตามแผน	304
4. ร้อยละของชุมชนที่ดูแลสุขภาพและมีการจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพในชุมชน ลดปัญหาสุขภาพสำคัญในเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน ของชุมชนได้	304

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเลิศ**

5. ร้อยละ50 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 6 ระบบงานที่สำคัญ ตามมาตรฐาน HA สู่ PCA	310
6. หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์คุณภาพดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 50	312
7. เครือข่ายบริการผ่านเกณฑ์กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System)	314
8. ประชาชนเข้าถึงบริการตามกลุ่มวัยไม่น้อยกว่า 80	
9. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอครอบครัว ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ในกลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0- 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	317

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

10. ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการระดับปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	
11. ร้อยละ 80 ประชาชนรับรู้ กระแสการคัดกรอง และปรับพฤติกรรมสุขภาพ	320
12. จำนวนโรงพยาบาลที่จัดระบบบริการแบบ Premium	
13. จำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการ Excellent center มะเร็ง /หัวใจ /ทารกแรกเกิด /อุบัติเหตุ / การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ	
14. ผู้รับบริการสุขภาพทั้งในและต่างจังหวัดมีข้อมูลการส่งต่อผ่านศูนย์ข้อมูลกลาง	
15. ร้อยละบุคลากรที่สื่อสารได้ 3 ภาษา	
16. ร้อยละของสถานบริการทุกระดับมีช่องทางการสื่อสารเฉพาะผู้รับบริการชาวต่างช	
17. ร้อยละของสถานบริการทุกระดับมีภาคีเครือข่ายการสื่อสาร 3 ภาษา	
18. ประชาชนเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและใช้สมุนไพรที่มีมาตรฐาน GMP ได้อย่างครอบคลุม	323
19. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5/ปี	326
20. วิจัยและนวัตกรรมการบริการด้วยแพทย์แผนไทย	328

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล  
สูงสุด**

21. ร้อยละของบุคลากรที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ MOPH-SK ตามกำหนด	330
22. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีขององค์กรแห่งความสุข(Happy work place index	333
23. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	336
24. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	338
25. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ	340
26. ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	342
27. ร้อยละของหน่วยงานทุกระดับมีการบริหารงานในทุกกระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ	344
28. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	347
29. ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินไม่มีปัญหาการเงินระดับ 7	351
30. หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการ ด้านสุขภาพ ร้อยละ 5	351
31. ร้อยละของหน่วยงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี	356
32. ระดับความสำเร็จการบริหารกำลังคนด้าน IT	358
33. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล(สาเหตุการตาย)	360

**ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการสาธารณสุขชายแดน และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษมีประสิทธิภาพ**

34. ร้อยละ 100 ของรพ.ในจังหวัด และร้อยละ 100 ของรพ.สต.ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีผู้ประสานงานด้านภาษา (รพ. 9 แห่ง รพ.สต. 6 แห่ง)	362
35. ร้อยละ 100ของจนท.ผู้รับผิดชอบงานรพ.และรพ.สต.ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ(รพ. 9 แห่ง รพ. สต. 6 แห่ง)	364



## สารบัญ(ต่อ)

หน้า

36. ร้อยละของสถานบริการได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ	
37. ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	366
● <b>ตัวชี้วัดลงนามปฏิบัติราชการจังหวัดสระแก้วปี 2560 (6 ตัว)</b>	370
1. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข	371
2. ร้อยละของหน่วยงานมีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK	374
3. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่	377
4. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุณธรรม และความโปร่งใสในองค์กรคุณธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปี 2560	379
5. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน คปสอ.ติดดาว จังหวัดสระแก้ว ปี 2560	382
6. ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์ To Excellent	386
เอกสารประกอบตัวชี้วัด รพ.สต. ติดดาว กระทรวงสาธารณสุข	390
ภาคผนวก ก	486
ภาคผนวก ข	582
ภาคผนวก ค	613

นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560



แผน 20 ปี กสธ.



เป้าหมาย




แผน 20 ปี กสธ.


**กรอบแนวคิด**



ประเทศไทย 4.0



นโยบายรัฐบาล



ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี  
และการปฏิรูปประเทศไทย  
ด้านสาธารณสุข



แผนพัฒนาเศรษฐกิจ  
และสังคมแห่งชาติ  
ฉบับที่ 12  
(พ.ศ.2560 - 2564)

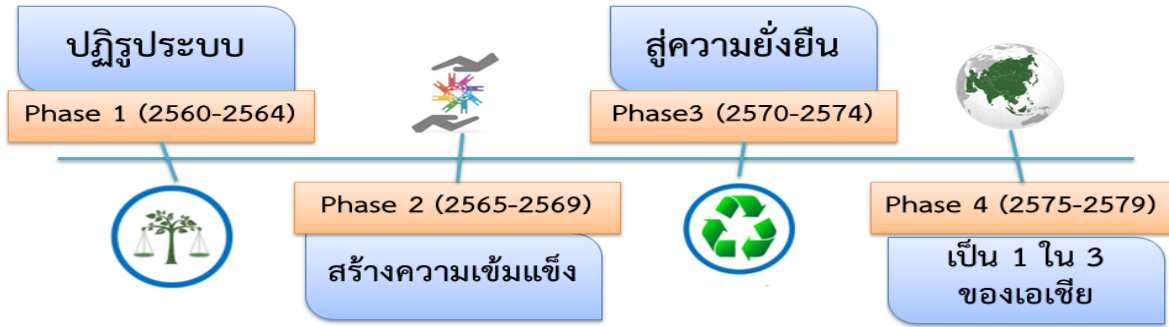


เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน  
(SDGs)



การบูรณาการ (Integrated)  
องค์รวมและผสมผสาน  
(Holistic & Comprehensive)  
การมีส่วนร่วมของทุกภาคี  
(Multisectoral)  
ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ทิศทางการวางแผน 20 ปี (4 Phase)



แผน 20 ปี กสธ.

4 Excellence Strategies  
(16 แผนงาน 48 โครงการ)

96 KPIs

1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

1. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
3. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและการส่งต่อ
4. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
5. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
6. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข

P&P  
Excellence

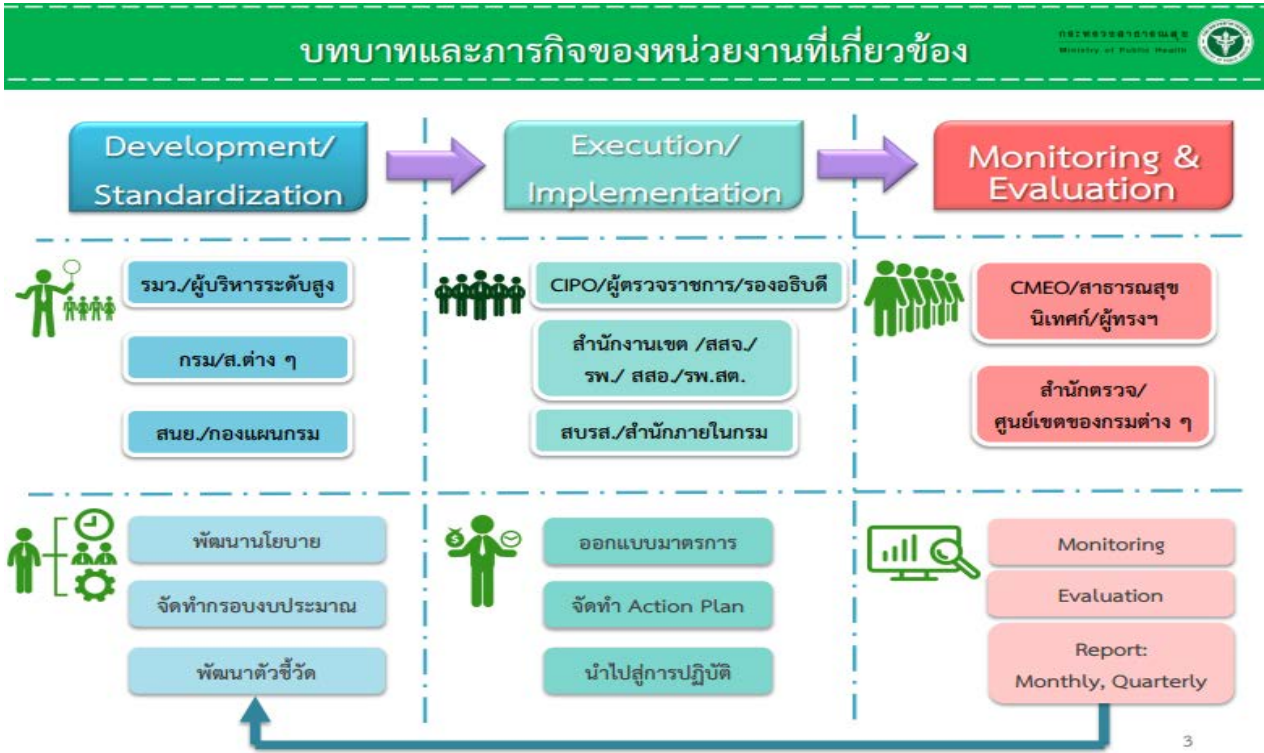
Service Excellence

People  
Excellence

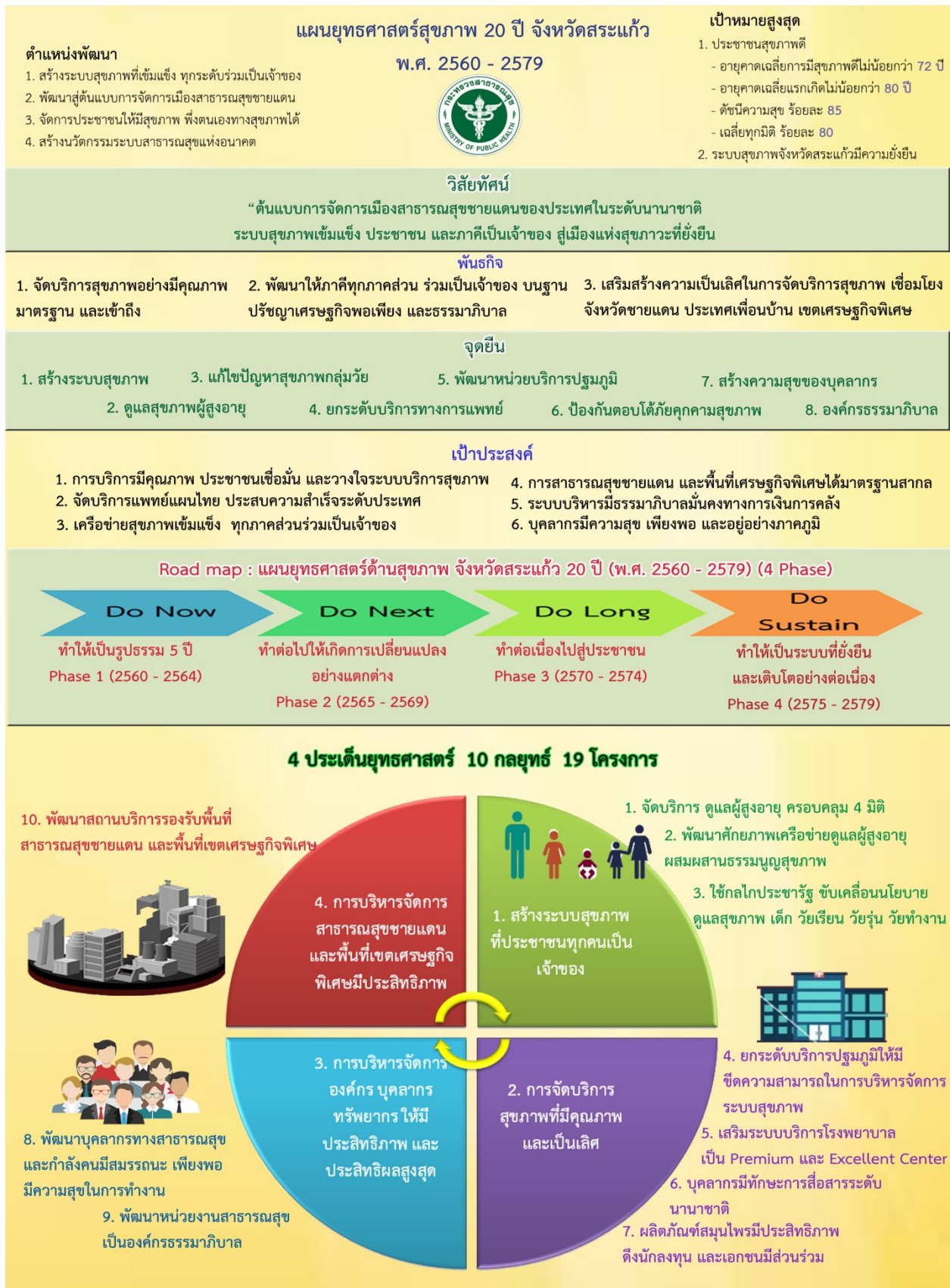
Governance Excellence

1. พัฒนาระบบบริหารจัดการ  
กำลังคนด้านสุขภาพ

1. พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและกฎหมายด้านสุขภาพ
3. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
4. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
5. การปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ



# นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว



# กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพ 20 ปี จังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2560 - 2579



## บริการ

## บริหาร/วิชาการ

- **ปฐมภูมิ :**  
PCC/FCT/LTC/  
ตำบลจัดการสุขภาพ/  
DHS/แผนไทย
- **สาธารณสุขชายแดน/SEZ**
- **นวัตกรรม/วิจัย/R2R**

- **ข้อมูล&IT**
- **HR**
- **คลังข้อมูล : บริหาร/บริการ/วิชาการ**
- **นวัตกรรม/วิจัย/R2R[IT]**  
**Front office**  
**Back office**  
**Community**

# หลักการทำงาน

รวดเร็ว  
ถูกต้อง  
ยั่งยืน

**ค่านิยมในการทำงาน**  
บุคลากรชาวสาธารณสุขสระแก้ว

กระทรวงสาธารณสุข  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
SAKAEO PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

M	O	P	H	S	K
mastery	originality	people-centered approach	humility	service mind	knowledge worker
ฝึกฝนตนเอง ให้มีศักยภาพสูงสุด	สร้างสรรค์ นวัตกรรม	ยึดประชาชน เป็นที่ตั้ง	มีความอ่อนน้อม ต่อมตน	มีจิตบริการที่ดี	เรียนรู้ พัฒนาตลอดเวลา

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน														
คำนิยาม	<p>การคลอดมาตรฐาน หมายถึง</p> <p>1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน</p> <p>2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง</p> <p>3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์</p> <p>3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์</p> <p>3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM และตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์</p> <p>3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น</p> <p>4. มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐานตามเกณฑ์</p> <p>5. มีการทบทวน การดูแลรักษา มารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด ตามเกณฑ์ (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>- ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน</p> <p>- ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน</p>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	60	70	80	90	100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
60	70	80	90	100											
วัตถุประสงค์	<p>มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานโดยเฉพาะ</p> <p>มารดาที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม</p> <p>ในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน</p>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ที่จัดบริการคลอด														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์														
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน														



รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับที่จัดบริการคลอด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	60	-	60
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	70	-	70
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	80	-	80
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	90	-	90
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	100	-	100
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย</li> <li>2. ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์ (พ่วงไปกับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก)</li> <li>3. สรุปผลการประเมิน</li> <li>4. คำนวณอัตราส่วนของสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน/สถานบริการสุขภาพของรัฐทั้งหมด</li> </ol>		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			NA	NA	NA
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ประสานงานตัวชี้วัด / รายงานผลการดำเนินงาน ระดับจังหวัด</p>	<p>1.นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว โทรศัพท์มือถือ : 08 8506 4756 E-mail : chan_smlk@hotmail.com</p> <p>2.น.ส.ปวีณภััสสรร์ คล้าศิริ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว โทรศัพท์มือถือ : 08 9831 5944 E-mail : weenapas@gmail.com</p> <p>3.น.ส.รัตนา ด่านปรีดา ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ratana1007@hotmail.com</p>				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน														
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</li> <li>เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากแบบรายงานการตายมารดา CE, และแบบรายงาน ก1														
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอดทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4														

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการ

สสจ. นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหาสัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย

ประเมินผล :

เอกสาร

แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก1, แบบสอบสวนการตายมารดา

สนับสนุน

รายละเอียด

ข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
ประเทศ	อัตราส่วนการตายมารดา ต่อการเกิดมีชีพ 100,000	31.2 (กรมอนามัย)	22.4 (ค่าคาดประมาณWHO)	-
สระแก้ว	คน	18.39	19.22	0

ผู้ให้ข้อมูลทาง

วิชาการ /

ประสานงาน

ตัวชี้วัด /

รายงานผลการ

ดำเนินงาน

ระดับจังหวัด

1.นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

โทรศัพท์มือถือ : 08 8506 4756 E-mail : chan\_smlk@hotmail.com

2.น.ส.ปวีณภัสสรส์ คล้าศิริ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

โทรศัพท์มือถือ : 08 9831 5944 E-mail : weenapas@gmail.com

3.น.ส.รัตนา ด่านปรีดา ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ratana1007@hotmail.com

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล และรพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย				
คำนิยาม	เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (DSPM1)ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (DSPM2)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</li> <li>พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</li> <li>สร้างความตระหนักรู้ การเลี้ยงดูเด็กโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ส่งเสริมพัฒนาการ ด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า ฝ้าคู่มือช่องปาก นอน</li> </ol>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม</li> <li>รวบรวมข้อมูลจาก <a href="http://hdcservice.moph.go.th">http://hdcservice.moph.go.th</a></li> </ol>				
แหล่งข้อมูล	<a href="http://hdcservice.moph.go.th">http://hdcservice.moph.go.th</a>				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านครบ 5 ด้าน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ 5 ด้าน				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+B)/C) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ไม่สะสม)				

<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ ร้อยละของเด็กไทยอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ดังนี้																	
<b>ปี 2560 :</b>																	
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		ร้อยละ 80	ร้อยละ 80												
<b>ปี 2561 :</b>																	
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		ร้อยละ 80	ร้อยละ 80												
<b>ปี 2562 :</b>																	
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		ร้อยละ 80	ร้อยละ 80												
<b>ปี 2563 :</b>																	
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
ร้อยละ 85		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85	ร้อยละ 85												
<b>ปี 2564 :</b>																	
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
ร้อยละ 85		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85	ร้อยละ 85												
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย																
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</li> <li>คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล</li> <li>คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)</li> <li>คู่มือมิสนมแม่</li> <li>คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก</li> <li>คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ</li> </ol>																
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>78.2 (Denver II กรม อนามัย)</td> <td>78.4 (DSPM สตป.คัด กรองในเด็กอายุ42 เดือนและไม่ได้ ติดตาม)</td> <td>90.6 (DSPM สตป.คัดกรอง ในเด็กอายุ 9 18 30 42 เดือนและรวม ติดตาม)</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	78.2 (Denver II กรม อนามัย)	78.4 (DSPM สตป.คัด กรองในเด็กอายุ42 เดือนและไม่ได้ ติดตาม)	90.6 (DSPM สตป.คัดกรอง ในเด็กอายุ 9 18 30 42 เดือนและรวม ติดตาม)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2557	2558	2559													
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	78.2 (Denver II กรม อนามัย)	78.4 (DSPM สตป.คัด กรองในเด็กอายุ42 เดือนและไม่ได้ ติดตาม)	90.6 (DSPM สตป.คัดกรอง ในเด็กอายุ 9 18 30 42 เดือนและรวม ติดตาม)													
<b>หมายเหตุ :</b> ข้อมูล ปี 57 , 58 ไม่มีการติดตาม วิธีการคำนวณข้อมูล แตกต่างกับ ปี 59																	

ผู้ให้ข้อมูลทาง	1.นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์	
วิชาการ /	โทรศัพท์มือถือ : 08 8506 4756	E-mail : chan_smlk@hotmail.com
ประสานงาน	2.น.ส.ปวีณภัสสรส์ คล้าศิริ	
ตัวชี้วัด /	โทรศัพท์มือถือ : 08 9831 5944	E-mail : weenapas@gmail.com
รายงานผลการ	3.น.ส.นภาพร เนตรแสงศรี	
ดำเนินงาน	โทรศัพท์มือถือ : 0876131221	E-mail : mchsakaeo@gmail.com
ระดับจังหวัด	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี				
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี เต็มถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	60	61	62	63	64
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	51	54	57	60	ร้อยละ 63
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี					
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-		-	-	113
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-		-	-	112
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ (Full Potential Growth)</li> <li>2. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโลก ได้แก่ Global Nutrition Targets, SDG และ The Zero Hunger Challenge</li> <li>3. เพื่อให้เด็กมีระดับเขาวนปัญญาดี</li> <li>4. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานในวัยผู้ใหญ่</li> <li>5. เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค สุขภาพแข็งแรง</li> <li>6. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยทำงานและผู้สูงอายุ</li> </ol>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี				



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCUเป็นต้นและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2) การสำรวจทุกๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน = $(A1/B1) \times 100$ ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2/B2)$ ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3/B3)$
ระยะเวลาประเมินผล	1) เด็กอายุ 0-5 ปี ปีละ 4 ครั้ง คือ ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 2) สำรวจภาวะ การเจริญเติบโตเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกๆ 3 ปี

**เกณฑ์การประเมิน :ปี 2560 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประกาศนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน</li> <li>- จัดทำและสนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็ก สูงดีสมส่วน</li> <li>- ประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทย สูงดีสมส่วนแก่เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย</li> <li>- จัดทำเอกสาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 10 ของจังหวัดมีการถ่ายระดับเรื่อนโยบาย เด็กปฐมวัย สูงดีสมส่วนให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับและบุคลากรสาธารณสุขทุกคนรับทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 20 ของจังหวัดมีการถ่ายระดับเรื่อนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับและบุคลากรสาธารณสุขทุกคนรับทราบ</li> <li>- ร้อยละ 10 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วนอย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 30 ของจังหวัดมีการถ่ายระดับเรื่อนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับและบุคลากรสาธารณสุขทุกคนรับทราบ</li> <li>- ร้อยละ 20 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วนอย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน</li> </ul>

ความสำคัญของเด็กสูงตี สมส่วน	- สื่อสาร ความสำคัญของ เด็กสูงตีสมส่วน	- สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงตีสมส่วน	- ร้อยละ 51 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน
---------------------------------	--	--	---

## ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนเครื่องมือ การดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กสูงตี สมส่วน</li> <li>- ประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้การ ดำเนินงานส่งเสริม เด็กไทยสูงตีสมส่วน</li> <li>- สื่อสารความสำคัญ ของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 40 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วน</li> <li>- ร้อยละ 30 ของจังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- ร้อยละ 10 ของจังหวัดสร้าง ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วนทุกอำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็ก สูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 50 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตี สมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 40 ของจังหวัด สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- ร้อยละ 20 ของจังหวัด สร้างครอบครัวนัก โภชนาการส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุก อำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วน</li> <li>- ร้อยละ 50 ของจังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบล ละ 1 แห่ง</li> <li>- ร้อยละ 30 ของจังหวัดสร้าง ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วนทุกอำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง ตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 54 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน</li> </ul>

## ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุน เครื่องมือการ ดำเนินงานส่งเสริม เด็กสูงตี สมส่วน</li> <li>- ประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กไทยสูง ตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 70 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วน</li> <li>- ร้อยละ 60 ของจังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 80 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วน</li> <li>- ร้อยละ 70 ของจังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 90 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วน</li> <li>- ร้อยละ 80 ของจังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> </ul>

- สื่อสาร ความสำคัญของ เด็กสูงตีสมส่วน	- ร้อยละ 40 ของจังหวัดสร้าง ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็ก สูงตีสมส่วน	- ร้อยละ 50 ของจังหวัดสร้าง ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็ก สูงตีสมส่วน	- ร้อยละ 60 ของจังหวัดสร้าง ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็ก สูงตีสมส่วน - ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 0- 5 ปี สูงตีสมส่วน
--	---	---	---

## ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- สนับสนุนเครื่องมือ การดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กสูงตี สมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้การ ดำเนินงานส่งเสริม เด็กไทยสูงตีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญ ของเด็กสูงตีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่บุคลากร สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตี สมส่วน - ร้อยละ 90 ของจังหวัดสร้างองค์กร ส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่าง น้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 70 ของจังหวัดสร้างครอบครัว นักโภชนาการส่งเสริม เด็กปฐมวัยสูงตี สมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตี สม ส่วน	- ร้อยละ 100 ของ จังหวัดสร้างองค์กร ส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูง ตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 80 ของจังหวัด สร้างครอบครัวนัก โภชนาการส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุก อำเภอ - สื่อสารความสำคัญ ของเด็กสูงตีสมส่วน	- ร้อยละ 90 ของ จังหวัดสร้าง ครอบครัวนัก โภชนาการส่งเสริม เด็กปฐมวัยสูงตี สม ส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญ ของเด็กสูงตีสมส่วน - ร้อยละ 60 ของเด็ก อายุ 0-5 ปี สูงตี สม ส่วน

## ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- สนับสนุนเครื่องมือการ ดำเนินงานส่งเสริมเด็ก สูงตีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กไทยสูงตี สม ส่วน - สื่อสารความสำคัญ ของเด็กสูงตีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทุกคนรับทราบนโยบายเด็ก ปฐมวัยสูงตีสมส่วน - ร้อยละ 10 ของจังหวัดมี ครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริม เด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญ ของเด็กสูงตีสมส่วน	- ร้อยละ 20 ของ จังหวัดมีครอบครัว นักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัย สูงตีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญ ของเด็กสูงตีสมส่วน	- ร้อยละ 30 ของจังหวัดมี ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตี สมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญ ของเด็กสูงตีสมส่วน - ร้อยละ 63 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน

## วิธีการประเมินผล :

1. มีโครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน

	2. สุ่มสำรวจในเรื่อง การรับทราบนโยบายของหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุข การสร้างองค์การส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน การสร้างครอบครัวนักโภชนาการ การสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์</li> <li>2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี</li> <li>3. หนังสือคู่มือการพัฒนาสู่องค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ</li> <li>4. มาตรการสำคัญและชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย</li> </ol>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

\*ข้อมูลรายงานจาก HDC ปี 2558

\*\*รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ประสานงานตัวชี้วัด / รายงานผลการดำเนินงาน ระดับจังหวัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 08 8506 4756 E-mail : chan_smlk@hotmail.com</li> <li>2.น.ส.ปวีณภัสสรร์ คล้าศิริ โทรศัพท์มือถือ : 08 9831 5944 E-mail : weenapas@gmail.com</li> <li>3.น.ส.นภาพร เนตรแสงศรี โทรศัพท์มือถือ : 0876131221 E-mail : mchsakaeo@gmail.com</li> </ol> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p>
--	--

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100				
คำนิยาม	<p><b>เด็กไทย</b> หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญา</b> หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน</b> หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ทุกจังหวัดมี เครือข่ายบริการ กระตุ้นพัฒนาการ เด็กพัฒนาการ ล่าช้าอย่างน้อย ร้อยละ 50	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย</li> <li>เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย</li> </ol>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ปี 2560 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า ปี 2561 – 2563 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรม สุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นป.1 ทั่วประเทศ		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)		
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B		
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ทุกจังหวัดมีเครือข่ายบริการกระตุ้นพัฒนาการ เด็กพัฒนาการล่าช้า อย่างน้อยร้อยละ 50
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 60
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 70
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 80
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย		

เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บทความพื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555</li> <li>- รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต</li> </ul>																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย</p> <table border="1" data-bbox="485 405 1406 629"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเทศ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>98.23</td> </tr> <tr> <td>สระแก้ว</td> <td></td> <td>-</td> <td>-</td> <td>97.84</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ประเทศ	-	-	-	98.23	สระแก้ว		-	-	97.84
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2557	2558	2559															
ประเทศ	-	-	-	98.23															
สระแก้ว		-	-	97.84															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ประสานงานตัวชี้วัด / รายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	<p>1.นางล่องจันทร์ คำภิรานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 08 8506 4756      E-mail : chan_smlk@hotmail.com</p> <p>2.น.ส.ปวีณภัสสรร์ คล้าศิริ โทรศัพท์มือถือ : 08 9831 5944      E-mail : weenapas@gmail.com</p> <p>3.น.ส.นภาพร เนตรแสงศรี โทรศัพท์มือถือ : 0876131221      E-mail : mchsakaeo@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p>																		

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน				
คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่เต็มใจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง <math>&gt; + 2</math> S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ 14 ปี (เด็กอายุ 14 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	60	61	62	63	64
1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	66	68	70	72	74
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี					
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	-	154
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	-	155
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด				



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สุ่มสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี		
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี		
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน		
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม		
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน		
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย		
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง		
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง		
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด		
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน		
รายการข้อมูล 9	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด		
รายการข้อมูล 10	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด สำรวจเพื่อเป็นข้อมูล พื้นฐาน (Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้ม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = <math>(A1/B1) \times 100</math></li> <li>2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = <math>(A2/B1) \times 100</math></li> <li>3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = <math>(A3/B1) \times 100</math></li> <li>4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = <math>(A4/B1) \times 100</math></li> <li>5. ความครอบคลุม = <math>(B1/B2) \times 100</math></li> <li>6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = <math>(A5 / B3)</math></li> <li>7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = <math>(A6 / B4)</math></li> </ol>		
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 ระยะเวลาของการชั่งน้ำหนัก 2 เดือน (พ.ค., มิ.ย.) พื้นที่ลงข้อมูลในระบบระยะเวลา 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ส.ค. ภาคเรียนที่ 2 ระยะเวลาของการชั่งน้ำหนัก 2 เดือน (ต.ค., พ.ย.) พื้นที่ลงข้อมูลในระบบระยะเวลา 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ม.ค.		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีคศ.59)	ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีคศ.60) และ 5

ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีทศ.60)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีทศ.61) และ 5
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีทศ.61)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีทศ.62) และ 5
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีทศ.62)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีทศ.63) และ 5
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีทศ.63)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีทศ.64) และ 5
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<p><b>ชั้นตอนที่ 1</b> จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัดโดย PM จังหวัด</p> <p><b>ชั้นตอนที่ 2</b> จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ</p> <p><b>ชั้นตอนที่ 3</b> สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>3.1 จังหวัดมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ และคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง</p> <p>3.2 รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค. ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังสนย. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ม.ค. 2560</p> <p>3.3 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังสนย. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ส.ค. 2560</p> <p><b>ชั้นตอนที่ 4</b> จังหวัดมีการดำเนินการ ดังนี้</p> <p>4.1 การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)</p> <p>4.2 การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน</p>		

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน	64	ร้อยละ	-	64	63.9
เด็กอายุ 6-14 ปี พอม	-	ร้อยละ	-	5.2	-
เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	17.0	ร้อยละ	8.8	9.5	12.4
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	-	ร้อยละ	-	7.5	-
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี					
-ชาย	148.2	เซนติเมตร	-	-	-
-หญิง	151.1	เซนติเมตร			

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

<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ประสานงานตัวชี้วัด / รายงานผลการดำเนินงาน ระดับจังหวัด</b>	1.นางล่องจันทร์ คำภิรานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 08 8506 4756 E-mail : chan_smlk@hotmail.com 2.นายทินกร ฉันทนุช กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทรศัพท์มือถือ : 0830248542 E-mail : tinnakorn6129@gmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
--	---

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)													
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)													
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น													
ลักษณะ	Lagging Indicator													
ระดับการวัดผล	จังหวัด													
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	7. ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป													
ตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา พฤติกรรม-อารมณ์ การเรียนรู้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ													
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (โรงเรียนเทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน ในจังหวัดสระแก้ว</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น อดทนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิด หรือยอมรับผิด พร้อมทั้งจะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ โดยมีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง พร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า หมายถึง ค่าคะแนนที่บ่งบอกว่าเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป จากการประเมินด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 6-11 ปี (ฉบับย่อ)</p>													
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2560</th> <th>ปี 2561</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>				ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ร้อยละ 70	-	-	-	-
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564										
ร้อยละ 70	-	-	-	-										
วัตถุประสงค์	เด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา พฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ ได้รับการดูแลช่วยเหลือ													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (โรงเรียนเทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้วที่ได้รับการประเมิน EQ ปี 2559 แล้วพบว่ามีปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมิน													
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนในจังหวัดสระแก้วที่มีปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์จากการประเมินในปี 2559													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยในจังหวัดสระแก้วที่ได้รับการพัฒนาช่วยเหลือตามเกณฑ์													

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	N/	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Ba□eline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า	ร้อยละ	79.9 (13 จังหวัด)	-	77.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : nanajang85@hotmail.com 2. นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : nat.piyamas@hotmail.com กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

<p><b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : nanajang85@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <u>nat.piyamas@hotmail.com</u> <u>กลุ่มงาน</u> ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p>
---	---

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))																								
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)																								
แผนที่	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																								
โครงการที่	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น																								
ลักษณะ	Lagging Indicator																								
ระดับการวัดผล	อำเภอ																								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	8. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)																								
คำนิยาม	<p>กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติ และมีความพิการ</p> <p>ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก</p>																								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 52</td> <td>ร้อยละ 54</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 58</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60										
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																					
ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60																					
วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี																								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในแฟ้ม Service และ Dental ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม																								
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2. ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.02)																								
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)																								
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน																								
รายการข้อมูล 3	C= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจ																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+B)/C \times 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง																								
เกณฑ์การประเมิน :	<p>เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้ง ปี 2560</p> <p>A : Caries free จะต้องไม่ต่ำกว่าค่าพื้นฐาน(Baseline) จังหวัดที่ไม่มี Baseline ให้ใช้ ร้อยละ 50</p> <p>5 เดือนแรก (ตุลาคม 2559 –กุมภาพันธ์ 2560) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ</p> <p>ร้อยละ เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับการทันตกรรม</p> <table border="1"> <tr> <td>ระดับ1</td> <td>ระดับ2</td> <td>ระดับ3</td> <td>ระดับ4</td> <td>ระดับ5</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> </tr> </table> <p>5 เดือนหลัง (มีนาคม 2560 –กรกฎาคม 2560) ผลงาน ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)</p> <table border="1"> <tr> <td>ระดับ1</td> <td>ระดับ2</td> <td>ระดับ3</td> <td>ระดับ4</td> <td>ระดับ5</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>52</td> <td>53</td> <td>54</td> </tr> </table>					ระดับ1	ระดับ2	ระดับ3	ระดับ4	ระดับ5	-	-	25	26	27	ระดับ1	ระดับ2	ระดับ3	ระดับ4	ระดับ5	-	-	52	53	54
ระดับ1	ระดับ2	ระดับ3	ระดับ4	ระดับ5																					
-	-	25	26	27																					
ระดับ1	ระดับ2	ระดับ3	ระดับ4	ระดับ5																					
-	-	52	53	54																					
มาตรการสำคัญ (PIRAB)ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :																									



(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)					
P : ใช้กลไกการประสานงานกับหน่วยงานกระทรวงศึกษาธิการทุกระดับ เช่น สำนักพัฒนากิจกรรมนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน(สพฐ.), สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) และเครือข่ายโรงเรียน ได้แก่ เครือข่ายเด็กไทยฟันดี					
I : ประสานแหล่งทรัพยากรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน					
R : ประกาศความร่วมมือจาก สพฐ.ในเรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง, ชุดสิทธิประโยชน์ในการรับบริการรักษาในUC ในเด็กอายุไม่เกิน 12ปี					
A : รมรงค์สร้างกระแสและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเครือข่ายเด็กไทยฟันดี สุขภาพดี					
B : ส่งเสริมทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง จากกิจกรรม “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้”					
Small Success					
กลไก	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12 เดือน	
สสจ/รพท./รพช.	- ประชุม CUP เพื่อทำแผนปฏิบัติงาน - สุ่มสำรวจโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมฯ - จัดบริการสุขภาพช่องปากแก่นักเรียน	- ควบคุม กำกับงานเป็นไปตามแผน - สุ่มประเมินการยึดติดบริการเคลือบหลุมร่องฟัน - นิเทศงานสุขภาพช่องปากในรพ.สต.	-สำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด -รายงานผ่านระบบรายงาน/การนิเทศ	- รายงานผ่านระบบรายงาน/การนิเทศ	
วิธีการประเมินผล :	สำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ)				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2560</li> <li>2. มาตรฐานการทำงาน(Quality standard) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.255๙</li> <li>3. เอกสารชุดกิจกรรมลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ด้านทันตสุขภาพ</li> <li>4. หนังสือสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ.2555</li> <li>5. คู่มือประเมินเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี</li> <li>6. คู่มือสร้างความเข้มแข็งโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี</li> <li>7. เอกสารเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ชวนกันแปรงฟัน</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data(กระทรวง)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2544	2550	2555
	กลุ่มอายุ 12 ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	na	47.0	49.4
	Baseline data(จังหวัด)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559	
	กลุ่มอายุ 12 ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	na	na	na
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	นางสาวเหมือนฝัน ต้นเจริญ				

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 105      โทรศัพท์มือถือ : 086-3261247 โทรสาร : 037-425141-4 ต่อ 100      E-mail : hajang_nuew@outlook.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางสาวเหมือนฝัน ตันเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 105      โทรศัพท์มือถือ : 086-3261247 โทรสาร : 037-425141-4 ต่อ 100      E-mail : hajang_nuew@outlook.com

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	9. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี			
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	42	40	38	36
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่คลอดบุตรมีชีพ ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว			
แหล่งข้อมูล	1.จากโรงพยาบาลทุกแห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 2.จากมาตรฐาน 43 แฟ้ม ประมวลผลโดยระบบ Health data center (HDC)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากโรงพยาบาล)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	48	46	44	42
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	40
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	38
ปี 2563 :				

ปี 2564 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	36	
ปี 2564 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	34	
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากรายงานการคลอดโรงพยาบาลในสังกัด				
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลจำนวนการเกิด และข้อมูลประชากรกลางปี จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ประเทศ	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี	47.9	44.3	-
	สระแก้ว	1,000 คน			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 088-5064756 E-mail : chan_small@hotmail.com		
	2.นางสาวปวีณภัสสร คล้าศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-8215233 E-mail : weenapas@gmail.com		
	3.นางสาวสุลรีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-710 7543 E-mail : suleerat.p@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	ประมวลผลผ่านระบบ Health data center (HDC) ไตรมาสที่ 1,2,3,4				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุลรีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-710 7543 E-mail : suleerat.p@hotmail.com		
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด โรงพยาบาล/รพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	10. ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ				
คำนิยาม	ประชาชนชนวัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 30 - 44 ปี 11 เดือน 29 วัน ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม.				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	54	55	56	57	58
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงาน ให้มีสุขภาพดี				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนชนวัยทำงาน อายุ 30-44 ปี 11 เดือน 29 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รพ.สต. และPCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และส่งออก ข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC) 2) จากการสำรวจทุกๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงประชาชนชนวัยทำงาน ที่เป็น ตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด (ทำร่วมกับการสำรวจการบริโภคอาหารที่เหมาะสม) 3) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย จากสำนักงานสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย (สสท.)				
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง 2) ระบบคลังข้อมูล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 3) ระบบข้อมูล BRFSS สำนักโรคไม่ติดต่อ 4) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายสำนักงานสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย (สสท.) 5) จากการสำรวจโดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงประชาชนชนวัยทำงาน ของสำนัก โภชนาการ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	การตรวจราชการแต่ละจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบHDC กับค่าเป้าหมาย ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 – 2564 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานความร่วมมือกับกรมวิชาการต่างๆ ในการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงาน ผู้สูงอายุ สุขภาพดี โดยให้มีค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</li> <li>- ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่เครือข่ายบริการสุขภาพ</li> <li>- เครือข่ายบริการสุขภาพคัดกรองภาวะสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แก่กลุ่มเป้าหมาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 59 ของประชากรวัยทำงาน (อายุ 30-44 ปี) มีดัชนีมวลกายปกติ</li> <li>- ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ในชุมชน</li> <li>- สร้าง Health Leader ของชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 59 ของประชากรวัยทำงาน (อายุ 30-44 ปี) มีดัชนีมวลกายปกติ</li> <li>- นิเทศติดตามประเมินผล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 59 ของประชากรวัยทำงาน (อายุ 30-44 ปี) มีดัชนีมวลกายปกติ</li> <li>- ประชุมถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินงาน</li> </ul>	
วิธีการประเมินผล :	1) การตรวจนิเทศงานระดับจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย 2) การสุ่มสำรวจ ทุก 3 ปี			
เอกสารสนับสนุน :	1. โรคอ้วนลงพุง 2. พิชิตอ้วน พิชิตพุง 3. ดูแลหุ่นสวย ด้วยตนเอง 4. ขยับกับกิน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	39.64 (ปี 52 BMI ปกติ)	ร้อยละ	2557 36.43	2558 ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางล่องจันทร์ คำภิรานนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 088-5064756 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100 E-mail : chan_small@hotmail.com 2. นางสาวสุลีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 084-710 7543 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100 E-mail : suleerat.p@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	1. ศูนย์ข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ผ่านระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม / HCD 2. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ประมวลผลรายไตรมาส			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุลีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 084-710 7543 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100 E-mail : suleerat.p@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว			

ส่งผลต่อ ตัวชี้วัด 20 ปี	2.อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี(Health-Adjusted Life Expectancy(at Birth))														
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิง ปริมาณ	11. ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ														
คำนิยาม	<p>กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายใดๆ ที่ต้องใช้กล้ามเนื้อและพลังงาน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การเดินทาง หรือ กิจกรรมนันทนาการ</p> <p>กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง คือ การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อย แต่ยังพูดเป็นประโยคได้ เช่น เดินเร็ว</p> <p>กิจกรรมทางกายระดับหนัก คือ การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อย จนพูดเป็นประโยคไม่ได้ เช่น วิ่ง</p> <p>กิจกรรมทางกายเพียงพอ คือ การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ ( สัปดาห์ละ 5 วันๆละ 30 นาที)และ/หรือ กิจกรรมทางกายระดับหนัก อย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 3 วันๆละ 25 นาที) หรือรวมกัน</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 82</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 84</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 82	-	ร้อยละ 84
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 82	-	ร้อยละ 84											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี ลดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีร่างกายที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน														
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่และสูงอายุ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสอบถาม WHO Global Physical Activity Questionnaire: WHO GPAQ														
แหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ทั่วประเทศ														
รายการข้อมูล 1	A= กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ														
รายการข้อมูล 2	B= ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 4														

เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ</li> <li>- พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กร/หน่วยงาน</li> <li>- สำรวจประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละ 80 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-นิเทศติดตาม การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กร/หน่วยงาน บูรณาการร่วมกับกิจกรรม DPAC และองค์กรไ้พุง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละ 80ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ</li> </ul>
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ่ายทอดแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ ให้ภาคีเครือข่าย นำไปปฏิบัติ, ติดตามประเมินผลการนำไปแนวทางไปใช้</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>-พัฒนาระบบเฝ้าระวังการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย</li> <li>- ชี้อธิบายวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศูนย์อนามัยเขต, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, โรงเรียน, สถานประกอบการ, สถานบริการสาธารณสุข นำแนวทางการมีกิจกรรมทางกายไปใช้ส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหน่วยงาน และพื้นที่ของตน</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์อนามัยเขต 2 แห่ง</li> <li>- ติดตามการนำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ไปปฏิบัติ</li> <li>- ได้ระบบเฝ้าระวังการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย</li> </ul>



ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับและพัฒนา แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ จากการติดตามการนำไปปฏิบัติของภาคีเครือข่าย</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>- ทบทวนกลยุทธ์การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ไปปฏิบัติ</li> <li>- ชี้นำวิชาการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- คนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 82</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด ละ 1 แห่ง</li> </ul>
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>- เตรียมพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2</li> <li>- ชี้นำวิชาการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ เบื้องต้น</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด ละ 2 แห่ง</li> <li>- ได้แนวทางการจัดทำพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2</li> </ul>

ปี 2564 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
<p>- พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ เพิ่มเติมให้สมบูรณ์</p> <p>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>- จัดทำพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2</p> <p>- ชี้นำการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย</p>			<p>- คนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 84</p> <p>- ได้แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ ที่สมบูรณ์</p> <p>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด ละ 3 แห่ง</p> <p>- ได้แผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2</p>	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	การสำรวจ ด้วยแบบสอบถาม WHO GPAQ			
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire: WHO GPAQ.</li> <li>2. สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม ฟ้าสถานการณ์โรค NCDs. 2557.</li> <li>3. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย โรงพยาบาลรามาธิบดี. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557.</li> <li>4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของคนไทย ปี พ.ศ.2558.</li> <li>5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการของคนไทย ปีพ.ศ. 2558.</li> </ol>			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>	
			<b>2557</b>	<b>2558</b>
		ร้อยละ	81	-
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 088-5064756 E-mail : chan_small@hotmail.com</li> <li>2. นางสาวสุลีสรัตน์ เพ็ชรสมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-710 7543 E-mail : suleerat.p@hotmail.com</li> </ol>			

<b>หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</b>	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ประมวลผลรายไตรมาส
<b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	1. นางสาวสุลีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141                      โทรศัพท์มือถือ : 084-710 7543 โทรสาร : 037-425141 ต่อ 100                      E-mail : suleerat.p@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	อำเภอ / ตำบล
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	12. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่นที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน มีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งตนเองและและรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในเรื่องดูแลสุขภาพ 5 กลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน</p> <p>มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม แบ่งระดับมาตรฐาน เป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน)</li> <li>2) การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา)</li> <li>3) การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี)</li> <li>4) ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก)</li> <li>5) ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม) ที่มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</li> </ol> <p>มีตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 6 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว</li> <li>2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</li> <li>3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>4. มีบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ</li> <li>5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล</li> </ol>

	<p>6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)</p> <p><b>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</li> <li>- มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ หรือ อสม.</li> </ul>																		
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b> ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์</p>																			
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>95</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	50	60	70	80	95								
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64															
50	60	70	80	95															
<p>ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ</p>																			
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ระดับดีขึ้น ไป</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 75</td> </tr> <tr> <td>ระดับดี เยี่ยม</td> <td>41 ตำบล</td> <td>41 ตำบล</td> <td>41 ตำบล</td> <td>44 ตำบล</td> <td>44 ตำบล</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ระดับดีขึ้น ไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ระดับดี เยี่ยม	41 ตำบล	41 ตำบล	41 ตำบล	44 ตำบล	44 ตำบล
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64														
ระดับดีขึ้น ไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75														
ระดับดี เยี่ยม	41 ตำบล	41 ตำบล	41 ตำบล	44 ตำบล	44 ตำบล														
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น</li> <li>2. ลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน</li> <li>3. เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ</li> </ol>																		
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สูงอายุทุกคน</li> <li>2. ดำเนินการทุกอำเภอ ทุกตำบล</li> <li>3. ตำบลในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 58 ตำบล</li> </ol>																		
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) รายงานทาง E-mail หรือ สรุปรผลการประเมิน</li> <li>2) ศูนย์อนามัยที่ 1-13 รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบรายงาน 6 เดือน</li> </ol>																		

	9 เดือน และ 12 เดือน 3) รายงานผ่านเว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a>
แหล่งข้อมูล	1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3) ศูนย์อนามัยเขตที่ 1-13 และ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
รายการข้อมูล 1	A = ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว(Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้น
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนตำบลเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ = $(A/B) \times 100$ 2. ร้อยละของตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน = $(C/E) \times 100$ 3. จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว = D
ระยะเวลาประเมินผล	1. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ - ปีละ 2 ครั้ง โดยทีมนิเทศงาน 2. ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ - ปีละ 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 (กรมอนามัย)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
30	35	40	50

ตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับดีขึ้น	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 35	ร้อยละ 70
ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	21 ตำบล	41 ตำบล

## ปี 2561 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 (กรมอนามัย)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
45	50	55	60

## ตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับดีขึ้นไป	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 35	ร้อยละ 70
ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	21 ตำบล	41 ตำบล

## ปี 2562 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 (กรมอนามัย)

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

## ตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับดีขึ้นไป	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 35	ร้อยละ 70
ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	21 ตำบล	41 ตำบล

## ปี 2563 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 (กรมอนามัย)

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

## ตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับดีขึ้นไป	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 75
ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	24 ตำบล	44 ตำบล

## ปี 2564 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95 (กรมอนามัย)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
75	80	90	95





ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย 3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 4. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
---	--

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	สสจ./สสอ./รพ./รพ.สต.														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของ Healthy Ageing														
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายความว่าตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>Healthy Ageing หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลการคัดกรองสมรรถนะเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน</p> <p>การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน เป็นไปตามแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ</li> <li>- คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes</li> <li>- ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล</li> </ul>														
เกณฑ์เป้าหมาย : เพิ่มขึ้นหรือคงที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59</td> <td>อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60</td> <td>อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61</td> <td>อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62</td> <td>อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63											
วัตถุประสงค์	<p>วัตถุประสงค์หลัก : เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามศักยภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์เฉพาะ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลที่ตรงปัญหา</li> <li>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ</li> <li>3. เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวัง คือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) ของประเทศในอนาคต</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลด้วย Activity of Daily Living (ADL)														

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) ฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ( <a href="http://164.115.22.135/geriatrics">http://164.115.22.135/geriatrics</a> ) พัฒนาโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2) สรุปผลการประเมิน ADL ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ ตำบล หมู่บ้านฯ 3) การจัดเก็บ รวบรวม ติดตามผล โดยสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขและ สำนักนิติเวชการแพทย์ กรมการแพทย์		
แหล่งข้อมูล	จังหวัด / อำเภอ / ตำบล / รายบุคคล (ได้จากฐานข้อมูล โดยการตรวจราชการ โดยสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักนิติเวชการแพทย์ กรมการแพทย์) หรือ การประเมินผลและติดตามคุณภาพข้อมูล, การนิเทศ, สุ่มสำรวจ (กรณีที่ยังไม่ได้รับข้อมูลจากการตรวจราชการ/นิเทศ)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent)		
รายการข้อมูล 2	B = ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 และ 3		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 100	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 100	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 100	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61

ปี 2563:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 100	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62	
ปี 2564:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 100	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	1) สสอ./รพ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย 2) สรุปผลการประเมิน ADL ของผู้สูงอายุในพื้นที่ (ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต) โดยใช้แบบการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังรายละเอียดปรากฏในคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 3) คำนวณอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน รายตำบล อำเภอ ส่งกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ 4) ตรวจสอบข้อมูล ผ่านระบบฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ( <a href="http://164.115.22.135/geriatrics">http://164.115.22.135/geriatrics</a> )			
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 3. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Independent)	ร้อยละ	85.0	87.65	93.98
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1. นายจาตุรงค์ จันทร์เรือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 - 425141 โทรสาร : 037 - 425141		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 - 9830535 Email : chaturong.chan@gmail.com	

	<p>2. นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 - 425141 โทรศัพท์มือถือ : 088 - 5064756</p> <p>โทรสาร : 037 - 425141 Email : chan_smlk@hotmail.com</p> <p><b>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</b></p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. สำนักนิติเวชการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นายจตุรงค์ จันทร์เรือง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 - 425141 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 9830535</p> <p>โทรสาร : 037 - 425141 Email : chaturong.chan@gmail.com</p> <p><b>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</b></p>

ส่งผลต่อ ตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))																								
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)																								
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ																								
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ																								
ลักษณะ	Leading Indicator																								
ระดับการวัด	จังหวัด /อำเภอ																								
ชื่อตัวชี้วัดเชิง คุณภาพ	14.ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่ สามารถปฏิบัติงานได้จริง																								
คำนิยาม	<p><b>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC)</b> หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวก รวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้วยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย</p> <p><b>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT)</b> หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือน แก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p><b>Incident Action Plan (IAP)</b> หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p>																								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ชื่อตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="5">เป้าหมายการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อำเภอมีคะแนน ศูนย์ EOC และ SAT ที่สามารถ ปฏิบัติงาน ได้จริง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>						ชื่อตัวชี้วัด	หน่วย วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน					2560	2561	2562	2563	2564	อำเภอมีคะแนน ศูนย์ EOC และ SAT ที่สามารถ ปฏิบัติงาน ได้จริง	ร้อยละ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ชื่อตัวชี้วัด	หน่วย วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน																							
		2560	2561	2562	2563	2564																			
อำเภอมีคะแนน ศูนย์ EOC และ SAT ที่สามารถ ปฏิบัติงาน ได้จริง	ร้อยละ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100																			

	<p>ปี 2560 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 80)</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย</p> <p>ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้(ร้อยละ80)</p>				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
	70	75	80	85	90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีคะแนน EOC และ SAT ผ่านร้อยละ 80				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 - ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
รอบแรก ประเมินขั้นตอนที่ 1-3 ถ่วงน้ำหนัก 100 คะแนน /รอบที่ 2 ประเมิน 1-5 คะแนนรวม 100 คะแนน					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน		เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล	
	1 ระบบปฏิบัติการ (10 คะแนน)	-จัดทำโครงสร้างระบบ ICS รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC) (5 คะแนน) - จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ (5 คะแนน)		- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบ ICS และศูนย์ EOC ระดับอำเภอ - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ	
	2 EOC	-จัดเตรียมสถานที่/อุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ EOC		- สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ EOC	

	(15 คะแนน)	(5 คะแนน) - จัดระบบเฝ้าระวังและรายงาน กรณีเกิด สาธารณสุข (5 คะแนน) - มีแผนงานโครงการ EOC&SAT (5 คะแนน)	-flow chart SAT /ระบบเฝ้าระวังโรค ระบาดและสาธารณสุข - แผนงาน/โครงการ
	3 แผนงาน/ โครงการ (15 คะแนน)	- วิเคราะห์ และจัดลำดับสาธารณสุขที่เสี่ยง ในพื้นที่ (2 คะแนน) - ทีม SAT ระดับอำเภอได้รับการชี้แจงแนว ทางการปฏิบัติงาน/อบรมพื้นฐาน (3 คะแนน) - จัดทำแผนตอบโต้ฯ สาธารณภัยที่เสี่ยงใน พื้นที่ (5 คะแนน) - แผนประกอบกิจการ (5 คะแนน)	- แบบสรุป - รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรมการ ปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน - มีแผนตอบโต้ฯ กรณีที่เป็นสาธารณสุข - แผนประกอบกิจการ
	4 แผนงาน 40 คะแนน	- ดำเนินการตามแผนงานโครงการจนแล้ว เสร็จ (10 คะแนน) - การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ EOC &ICS ระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ครั้ง (10 คะแนน) - เปิดศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ และจัดทำ Action Plan และดำเนินการตอบโต้ฯ (หรือกรณีไม่มีสาธารณสุขต้อง ซ้อมแผน อุบัติเหตุหมู่หรือสาธารณสุขในพื้นที่ 2 ครั้ง/ปี) (20 คะแนน)	- สรุปผลงานตามแผนงาน/โครงการ - สรุปรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิด EOC ระดับอำเภอ - รายงานประชุมเปิด-ปิดแผนสาธารณสุข ภัย Action Plan หรือสรุปผลการซ้อม แผนฯ หรือสรุปผลการซ้อมแผนฯ กรณีไม่เกิด สาธารณสุขในพื้นที่
	5 ผลงานเด่น (20 คะแนน)	- มีนวัตกรรม Excellance OEC ระดับ อำเภออำเภอ/วิจัย ฯลฯ (10 คะแนน) - สรุปผลงาน/ถอดบทเรียน (10 คะแนน)	- เอกสารเป็นรูปธรรม
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ใน ภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค		



รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อำเภอมีคะแนนศูนย์ EOC และ SAT ที่ สามารถปฏิบัติงานได้จริง ร้อยละ 80		ร้อยละ	-	-
ผู้ให้ข้อมูล / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 0 81940 7947		
	2. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com		
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	1.นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1 นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com		

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ										
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล										
ตัวชี้วัด	15. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 85										
คำนิยาม	<p>1. อัตราความสำเร็จของการรักษา หมายถึง อัตราการรักษาหายรวมกับอัตราการรักษาครบในผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภท</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Completed) กำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาคือเป็นลบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกและได้รับการประเมินในการรักษาครั้งล่าสุดว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้ว แต่กลับมาได้รับวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคอีก</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ร้อยละ 85</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 85</td> <td>= 5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80- 84</td> <td>= 4 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 75-79</td> <td>= 3 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70-74</td> <td>= 2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ต่ำกว่าร้อยละ 70</td> <td>= 1 คะแนน</td> </tr> </table>	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 85	= 5 คะแนน	ร้อยละ 80- 84	= 4 คะแนน	ร้อยละ 75-79	= 3 คะแนน	ร้อยละ 70-74	= 2 คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 70	= 1 คะแนน
เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 85	= 5 คะแนน										
ร้อยละ 80- 84	= 4 คะแนน										
ร้อยละ 75-79	= 3 คะแนน										
ร้อยละ 70-74	= 2 คะแนน										
ต่ำกว่าร้อยละ 70	= 1 คะแนน										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559)										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. แบบฟอร์ม TB08 ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรมTBCM 2010) และระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณโรค (<a href="http://www.tbthailand.org/datd">www.tbthailand.org/datd</a>)</p> <p>2. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) และตรวจสอบจากรายงาน TB 08</p>										
แหล่งข้อมูล	<p>1. แบบฟอร์ม TB08 และ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (TBCM 2010) หรือ</p> <p>2. ระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณโรค (<a href="http://www.tbthailand.org/datd">www.tbthailand.org/datd</a>)</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)										

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ เงื่อนไขการคำนวณ <ul style="list-style-type: none"> <li>• กลุ่มเป้าหมายและช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ ตุลาคม-ธันวาคม 2559) และครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2560</li> <li>• เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ ตุลาคม-ธันวาคม 2559) จะมีระยะเวลาการรักษามากกว่าช่วงระยะที่จะสรุปผลการรักษา (Outcome) ในเดือนสิงหาคม 2560 ในปีนี้จึงยกเว้นไม่นำผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มารวมประเมินผลการรักษา (Outcome) โดยให้คิดเฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เท่านั้น</li> <li>• 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</li> </ul>						
ระยะเวลาประเมิน	ไตรมาสที่ 2 หรือ ไตรมาส 3						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2557	2558	2559		
		ร้อยละ	85.5	86.6	86.8		
เกณฑ์การประเมิน							
ปี 2560							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 85		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85	
วิธีการประเมินผล/เกณฑ์การให้คะแนน							
ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้							
คะแนน		1	2	3	4	5	
ร้อยละ		< 70	70-74	75-79	80-84	≥ 85	
วิธีการดำเนินงาน							
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กระบวนการนำผู้ป่วยเข้าสู่การวินิจฉัย การรักษา และจัดทำฐานข้อมูล</li> <li>2. กระบวนการควบคุมกำกับ การดูแลรักษา การกักขัง และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกราย</li> <li>3. มีระบบนิเทศติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน</li> <li>4. วิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อปรับระบบการให้บริการในปีต่อไป</li> </ol>							

<b>เอกสารสนับสนุน</b> 1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. แบบฟอร์ม TB08 ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรมTBCM 2010) และระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณโรค ( <a href="http://www.tbthailand.org/data">www.tbthailand.org/data</a> )	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
ผู้บันทึกข้อมูล(ระดับจังหวัด)	ผู้บันทึกข้อมูล(ระดับจังหวัด)
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับจังหวัด)	หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับจังหวัด)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รายงานผลการดำเนินงาน

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล และ รพ.สต.
ตัวชี้วัด	16.ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรวมถึงสาวประเภทสอง (MSM &amp; TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) และกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <p>2. การเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง การให้บริการป้องกันที่มีผู้ให้บริการโดย</p> <p>(1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media) (4) มารับบริการเอง หรือนัดหมายจากหน่วยบริการ ซึ่งได้รับบริการ ครบทั้ง 4 ข้อ ได้แก่</p> <p>1) ได้รับข้อมูลการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจากการใช้ยา (สำหรับPWID)</p> <p>2) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น (สำหรับ MSM, SW) และอุปกรณ์ฉีดปลอดเชื้อสำหรับ PWID)</p> <p>3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี, STI และการรักษาด้วยสารทดแทน/เมทาโดน (สำหรับ PWID)</p> <p>4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดย มีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC (Unique Identifier Code) กรณีที่เข้าถึงบริการโดย ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ ไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึง เฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ 1), 3) และ4) เท่านั้น</p> <p>บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง บริการที่ได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐ และ หรือ จากหน่วยงานภาคประชาสังคม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ร้อยละ 85</p> <p>81 = 1 คะแนน</p> <p>83 = 2 คะแนน</p> <p>85 = 3 คะแนน</p> <p>87 = 4 คะแนน</p> <p>89 = 5 คะแนน</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรวมถึงสาวประเภทสอง(MSM) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล RHIS ที่หน่วยบริการบันทึก
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูล RHIS

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จำแนกรายกลุ่มประชากร (จำนวน MSM &TG , SW, PWID) รายจังหวัด																	
รายการข้อมูล 2	B = คาดประมาณจำนวนประชากรของกลุ่มประชากรหลัก รายจังหวัด ของแต่ละกลุ่มประชากร																	
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ : จำนวนกลุ่มประชากรหลัก ๆ ในสูตร ทั้งตัวตั้ง และตัวหาร หมายถึง ใช้ข้อมูลที่เป็นผลรวมของ MSM&TG + SW + PWID																	
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 4																	
เกณฑ์การประเมิน :																		
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน													
		-	-	-	ผลการดำเนินงาน 85 %													
วิธีการ ประเมินผล :	ประเมินผลจาก ผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่เกณฑ์ตั้งไว้หรือไม่ โดยมีเกณฑ์คะแนน ตามผลการดำเนินงาน โดยให้แต่ละอำเภอ รายงานผลการดำเนินงานจำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้เข้าถึงบริการป้องกัน จำแนกรายกลุ่มประชากร																	
เอกสาร สันับสนุน	1. ข้อมูลจำนวนกลุ่มประชากรหลัก ที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS จำแนกรายกลุ่มประชากร 2. ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก จำแนกรายกลุ่มประชากร																	
เกณฑ์การให้ คะแนน	<table border="1"> <tr> <td>ผลงาน ปี 2560</td> <td>1 คะแนน</td> <td>2คะแนน</td> <td>3คะแนน</td> <td>4คะแนน</td> <td>5คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>81</td> <td>83</td> <td>85</td> <td>87</td> <td>89</td> </tr> </table>						ผลงาน ปี 2560	1 คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน	ร้อยละ	81	83	85	87	89
ผลงาน ปี 2560	1 คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน													
ร้อยละ	81	83	85	87	89													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141      โทรศัพท์มือถือ : 081 9407947 E-mail : somkeat_sk@hotmail.com 2. นางสาววรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141      โทรศัพท์มือถือ : 084 3625243 E-mail : pou_sk@hotmail.com																	
ผู้บันทึกข้อมูล ระดับจังหวัด	นางสาววรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141      โทรศัพท์มือถือ : 084 3625243 E-mail : pou_sk@hotmail.com																	

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ตำบลเป้าหมาย 2 ตำบล
ตัวชี้วัด	17. ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการพระราชดำริ)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล Isan-cohort คือ โปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย 2 ตำบล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
วิธีการประเมินผล :	1. ความก้าวหน้าในการดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 2. ความก้าวหน้าในการดำเนินการรักษาและติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
เอกสารสนับสนุน :	1. แผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” พ.ศ. 2559-2568 2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลฯ (เอกสารสามารถ Download ได้จาก website สำนักโรคติดต่อทั่วไป)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141      โทรศัพท์มือถือ : 081 9407947 E-mail : somkeat_sk@hotmail.com 2. นายประวิทย์ คำนึ่ง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141      โทรศัพท์มือถือ : 08102959387 E-mail : sukhothai53@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายประวิทย์ คำนึ่ง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141      โทรศัพท์มือถือ : 08102959387 E-mail : sukhothai53@hotmail.com

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))			
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)			
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18.อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี			
คำนิยาม	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้น ที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แแสนคน				
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	≤ 5.0	≤ 4.5	≤ 4.0	≤ 3.5
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. สถานบริการบันทึกข้อมูลการตายในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)			
เกณฑ์การประเมิน :				
รอบแรก ประเมินขั้นตอนที่ 1-3 ถ่วงน้ำหนัก 100 คะแนน /รอบที่ 2 ประเมิน 1-5 คะแนนรวม 100 คะแนน				
วิธีการประเมิน ผล				
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน			เอกสาร/หลักฐานประกอบ การประเมินผล
1 ระบบกลไก (10 คะแนน)	1.1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการป้องกันเด็กจมน้ำระดับอำเภอ (5 คะแนน)			- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ



	1.2 มีระบบเฝ้าระวัง และวิเคราะห์สถานการณ์เด็กจมน้ำในพื้นที่ (5คะแนน)	- ระบบรายงาน														
2 ข้อมูลพื้นฐาน (10 คะแนน)	2.1. ประชาสัมพันธ์ป้องกันเด็กจมน้ำ (3 คะแนน) 2.2 มีข้อมูลแหล่งน้ำเสี่ยงในพื้นที่ (4 คะแนน) 2.3 มีการสอบสวนเด็กจมน้ำทุกราย (3 คะแนน)	- แบบรายงาน														
3 แผนงาน/โครงการ (15 คะแนน)	- มีแผนงาน/โครงการป้องกันเด็กจมน้ำในพื้นที่ (5 คะแนน) - สร้าง/พัฒนาศักยภาพเครือข่าย หรือบุคลากรผ่านการอบรมครู ก ว่ายน้ำเพื่อชีวิต (5 คะแนน) - มีแผนดำเนินการผู้ก่อการดี/สมัครรับการประเมินผู้ก่อการดี (5 คะแนน)	- แผนงาน/โครงการ - รายชื่อเครือข่าย/ผู้ผ่าน การอบรมหลักสูตรครู ก. - ใบสมัครรับการประเมินผู้ก่อการดี														
4 ผลงาน (45 คะแนน)	- ดำเนินการตามแผนงานโครงการจนแล้วเสร็จ (10 คะแนน) - ตำบลผ่านการประเมินผู้ก่อการดีระดับทองแดง/เงิน อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (20 คะแนน) - อัตราตายเด็กจมน้ำไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด (15 คะแนน)	แบบประเมิน														
	<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>10</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>อัตรา</td> <td>&gt;6.5</td> <td>&gt;5.5-6.5</td> <td>&gt;5.0-5.5</td> <td>≤5.0</td> </tr> </table>	คะแนน	0	5	10	15	อัตรา	>6.5	>5.5-6.5	>5.0-5.5	≤5.0					
คะแนน	0	5	10	15												
อัตรา	>6.5	>5.5-6.5	>5.0-5.5	≤5.0												
5 ผลงานเด่น (20 คะแนน)	- มีนวัตกรรม /วิจัย ฯลฯ (10 คะแนน) - สรุปผลงาน/ถอดบทเรียน (10 คะแนน) <b>กรณีตำบลผ่านผู้ก่อการดีระดับเงิน ได้ 20 คะแนนเต็ม</b>	- เอกสารเป็นรูปธรรม														
เอกสารสนับสนุน :	1. สถานการณ์การป้องกันเด็กจมน้ำ 2. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน 3. สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเด็กจมน้ำ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ (www.thaincd.com)															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> <tr> <td>5.9</td> <td>อัตราต่อแสน ปชก.</td> <td>6.8</td> <td>5.9</td> <td>-</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	5.9	อัตราต่อแสน ปชก.	6.8	5.9	-		
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.												
		2557	2558	2559												
5.9	อัตราต่อแสน ปชก.	6.8	5.9	-												

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 0 81940 7947 ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : <b>abc1669@hotmail.com</b>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100	ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)			
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัด	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	19.อัตราการตายจากการบาดเจ็บจากการจราจรไม่เกิน 18 ต่อแสน ปชก.			
คำนิยาม	การบาดเจ็บทางถนน หมายถึง อุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งบุคคล หรือสิ่งของที่เกิดขึ้นบนทางสาธารณะ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ทั้งที่ เป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือคนเดินเท้า รหัส ICD10 คือ V01-V89			
เกณฑ์เป้าหมาย				
อำเภอมีคะแนนการดำเนินการลดการบาดเจ็บทางถนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85
				ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนากลไกการดำเนินการป้องกันและลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ			
รายการข้อมูล 1	A = เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคะแนนการดำเนินงาน RTI ร้อยละ 80			
รายการข้อมูล 2	B = เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตามทุก 12 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ			
เกณฑ์การประเมิน :				
รอบแรก ประเมินขั้นตอนที่ 1-3 ถ่วงน้ำหนัก 100 คะแนน /รอบที่ 2 ประเมิน 1-5 คะแนนรวม 100 คะแนน				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล										
	1 การบริหารจัดการ (10 คะแนน)	1.1 สสอ./รพ.เป็นเลขาฯร่วมในศูนย์ความปลอดภัยทางถนน ระดับอำเภอ (5 คะแนน) 1.2 มีศูนย์ EOC-RTI ด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ (5คะแนน)	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ - สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ EOC										
	2 ฐานข้อมูล (15 คะแนน)	2.1 มีระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ/เสียชีวิต และบูรณาการข้อมูลระดับอำเภอ 2.2 วิเคราะห์จุดเสี่ยง อย่างน้อย 2 จุด/อำเภอ (5 คะแนน) 2.3 นำเสนอข้อมูลผ่าน ศปถ.ระดับอำเภอ (5 คะแนน) 2.4 มีการสอบสวนการบาดเจ็บทางถนนตามนิยาม (ตาย 5 คนขึ้นไป หรือเจ็บ 15 คนขึ้นไป หรือเป็นเหตุการณ์ที่อ่อนไหว สัมคมสนใจ) (5 คะแนน)	- เอกสาร										
	3 แผนงาน/โครงการ (15 คะแนน)	3.1 มีแผนงาน/โครงการลดการบาดเจ็บทางถนน (5 คะแนน) 3.2 มาตรการองค์ด้านความปลอดภัยทางถนน (5 คะแนน) 3.3 ขับเคลื่อน DHS-RTI /ด้านชุมชน (5 คะแนน)	- เอกสารสรุป										
	4 ผลงาน 40 คะแนน	4.1 ดำเนินการตามแผนงานโครงการจนแล้วเสร็จ (10 คะแนน) 4.2 ผ่านเกณฑ์ ER/EMS/In-hos/Refer คุณภาพ (20คะแนน) 4.3 อัตราตายการบาดเจ็บทางถนน(ต่อแสน) (10 คะแนน) <table border="1" data-bbox="592 1693 1166 1861"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>0</th> <th>5</th> <th>8</th> <th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตรา</td> <td>&gt;30</td> <td>&gt;□5.- 30</td> <td>&gt;18.-25</td> <td>≤18.0</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	0	5	8	10	อัตรา	>30	>□5.- 30	>18.-25	≤18.0	- สรุปผลงานตามแผนงาน/โครงการ - แบบประเมิน
คะแนน	0	5	8	10									
อัตรา	>30	>□5.- 30	>18.-25	≤18.0									
	5 ผลงานเด่น (20 คะแนน)	- มีนวัตกรรม Excellence RTI ระดับอำเภออำเภอ/วิจัย ฯลฯ (10 คะแนน) - สรุปผลงาน/ถอดบทเรียน (10 คะแนน)	- เอกสารเป็นรูปธรรม										

<b>เอกสาร สนับสนุน :</b>	1. แนวทางการประเมินการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน DHS-RTI 2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 3. แบบสำรวจการประเมินตนเอง				
<b>รายละเอียด ข้อมูล พื้นฐาน</b>		Baseline data	หน่วยวัด  ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2557      2558      2559 NA      NA      NA	
ผู้ให้ข้อมูล ทางวิชาการ / ผู้ ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100  2. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100			หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 0 81940 7947  ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com	
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำ ข้อมูล	นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100			ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com	
ผู้รับผิดชอบ การรายงาน ผลการ ดำเนินงาน	นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100			ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com	

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่				
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน ในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 475 คน ต่อแสนประชากร	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 473 คน ต่อแสนประชากร	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 471 คน ต่อแสนประชากร	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 469 คน ต่อแสนประชากร	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 467 คน ต่อแสนประชากร
	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ 260 คน ต่อแสนประชากร	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ 258 คน ต่อแสนประชากร	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ 256 คน ต่อแสนประชากร	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ 254 คน ต่อแสนประชากร	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ 252 คน ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง 2. เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณ 2560				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณ 2560				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	$(A/C) \times 100,000$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	$(B/C) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 30 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน : วัดผลลัพธ์อัตราผู้ป่วยรายใหม่โดยประเมินผลปีละ 1 ครั้ง ในรอบ 12 เดือน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 475 คน ต่อแสนประชากร 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ 260 คน ต่อแสนประชากร

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 473 คน ต่อแสนประชากร 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ 258 คน ต่อแสนประชากร

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 471 คน ต่อแสนประชากร 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ 256 คน ต่อแสนประชากร

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 469 คน ต่อแสนประชากร 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ 254 คน ต่อแสนประชากร

ปี 2564 :																											
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																							
	-	-	-	<b>1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</b> รายใหม่ 467 คน ต่อแสนประชากร <b>2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 252 คน</b> ต่อแสนประชากร																							
วิธีการประเมินผล :		1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง 2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน																									
เอกสารสนับสนุน :		คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราผู้ป่วยรายใหม่</td> <td>ต่อแสนประชากร</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- โรคความดันโลหิตสูง</td> <td></td> <td>1,116</td> <td>638</td> <td>477</td> </tr> <tr> <td>- โรคเบาหวาน</td> <td></td> <td>467</td> <td>291</td> <td>262</td> </tr> </tbody> </table> <p>ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์โดย : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	อัตราผู้ป่วยรายใหม่	ต่อแสนประชากร				- โรคความดันโลหิตสูง		1,116	638	477	- โรคเบาหวาน		467	291	262
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																									
		2557	2558	2559																							
อัตราผู้ป่วยรายใหม่	ต่อแสนประชากร																										
- โรคความดันโลหิตสูง		1,116	638	477																							
- โรคเบาหวาน		467	291	262																							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางภัทรา ผาแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : phattha_1@hotmail.com 2. นางสาวกรรณกาญจน์ สิงห์ประสม นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : krongkarn.sing@gmail.com																									
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)		กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด																									
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางภัทรา ผาแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : phattha_1@hotmail.com 2. นางสาวกรรณกาญจน์ สิงห์ประสม นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : krongkarn.sing@gmail.com																									



หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	21. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย														
คำนิยาม	<p>1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด)</p> <p>2. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง</p> <p>3. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ หรือหมายถึง อาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/ก๋วย/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน (รายละเอียดตามเอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 28.1-28.8)</p> <p>4. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/ก๋วย/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (รายละเอียดตามเอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 28.1-28.8)</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ <input type="checkbox"/>80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ <input type="checkbox"/> 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ <input type="checkbox"/> 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80											
หมายเหตุ :	เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80 ในแต่ละปี จะมีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์อาหารในการวัด														
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในประเทศ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการตามรายละเอียดเอกสาร KPI template ประเด็นย่อย 28.1-28.8 โดยรายงานผลการดำเนินงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารตามช่องทางที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด														
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : เขตบริการสุขภาพ โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี</p>														

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ผลวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่เก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (โดยติดตามผลการดำเนินงาน ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 - 2564 :				
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีคณะทำงานแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัยอาหาร</li> <li>มีทีม SAT แบบบูรณาการด้านอาหาร</li> <li>มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ</li> <li>ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน</li> <li>ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>โครงสร้างของระบบข้อมูลการเฝ้าระวัง</li> <li>มีแนวทางการแจ้งเตือนภัยและจับสัญญาณความเสี่ยง</li> <li>ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน</li> <li>ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทดลองนำเข้าข้อมูลการเฝ้าระวัง</li> <li>ทดลองระบบการจัดการความเสี่ยงด้านอาหาร</li> <li>ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผน</li> <li>ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>คู่มือการปฏิบัติงานของระบบการจัดการความเสี่ยงด้านอาหาร</li> <li>แผนการจัดการความเสี่ยงแบบบูรณาการ</li> <li>ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ</li> <li>สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ</li> <li>ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>
เขตบริการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับเขตบริการสุขภาพ</li> <li>ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน</li> <li>ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน</li> <li>ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน</li> <li>ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</li> <li>ประสานและจัดส่ง</li> </ul>

	ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต	กลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต	ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต	ข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีแผนบูรณาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตลอดห่วงโซ่ระดับจังหวัด</li> <li>ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน</li> <li>รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน</li> <li>รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน</li> <li>รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</li> <li>ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด</li> </ul>

วิธีการประเมินผล :	การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) และห้องปฏิบัติการ แล้วแต่กรณี
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	เอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 28.1-28.8
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
1. อาหารสด			-	-	-
1.1 ผักผลไม้สด*	ร้อยละ	ร้อยละ	96.91	97.82	97.52
1.2 เนื้อสัตว์สด*	ร้อยละ	ร้อยละ	98.47	95.51	92.94
2. อาหารแปรรูป					
2.1 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ร้อยละ	ร้อยละ	-	-	-
2.2 ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์	ร้อยละ	ร้อยละ	59.46	6□.08	68.36
2.3 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ร้อยละ	ร้อยละ	67.31	84.21	66.70
2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	ร้อยละ	92.86	92.28	91.07

	<table border="1"> <tr> <td>2.5 ผลติภรณ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ ผลติภรณ์เส้นบะหมี่/เกี๊ยว ขนมจีน)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>76.04</td> <td>67.68</td> <td>71.25</td> </tr> <tr> <td>2.6 น้ำมัน*</td> <td>ร้อยละ</td> <td>89.14</td> <td>84.60</td> <td>76.82</td> </tr> </table> <p>หมายเหตุ: *ผลการดำเนินงานโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น</p>	2.5 ผลติภรณ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ ผลติภรณ์เส้นบะหมี่/เกี๊ยว ขนมจีน)	ร้อยละ	76.04	67.68	71.25	2.6 น้ำมัน*	ร้อยละ	89.14	84.60	76.82
2.5 ผลติภรณ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ ผลติภรณ์เส้นบะหมี่/เกี๊ยว ขนมจีน)	ร้อยละ	76.04	67.68	71.25							
2.6 น้ำมัน*	ร้อยละ	89.14	84.60	76.82							
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</b> 1. ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901614      โทรศัพท์มือถือ : 081-8579535 โทรสาร : 02-5901614      E-mail : privaxma@hotmail.com <b>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</b> 2. นายวันชัย ศรีทองคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907216      โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5915462      E-mail : wanchai@fda.moph.go.th <b>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</b> <b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b> 1. นางนิธิวดี บัตรพรธนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901614      โทรศัพท์มือถือ : 093-3296998 โทรสาร : 02-5901614      E-mail : pattanastar@hotmail.com <b>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</b> 2. นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907214      โทรศัพท์มือถือ : 087-3389303 โทรสาร : 02-5907322      E-mail : planning.food@gmail.com 3. นางสาวชนานันท์ ประไพรเพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907214      โทรศัพท์มือถือ : 086-6914195 โทรสาร : 02-5907322      E-mail : planning.food@gmail.com <b>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</b>										
<b>หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล</b>	1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย) เฉพาะผลงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร 2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร										
<b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	1. นาริรัตน์/กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค/095-9185855										

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

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผน ที่วางไว้ ร้อยละ 20</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตาม แผนที่วางไว้ ร้อยละ 50</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตาม แผนที่วางไว้ ร้อยละ 70</p>	<p>ประเมินผลผู้บริโภคมี พฤติกรรมการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดี ร้อยละ 70</p>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผน ที่วางไว้ ร้อยละ 20</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตาม แผนที่วางไว้ ร้อยละ 50</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตาม แผนที่วางไว้ ร้อยละ 70</p>	<p>ประเมินผลผู้บริโภคมี พฤติกรรมการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดี ร้อยละ 71</p>

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	ใช้การวิจัย			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	-	-	2557	2558
	-	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายศุภกาญจน์ โภคัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907125 โทรสาร : 02-5918472	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6829114 E-mail : supakarn@fda.moph.go.th
	2. นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907214 โทรสาร : 02-5907322	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 087-3389303 E-mail : planningfood@gmail.com
	3. น.ส.วรลักษณ์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907214 โทรสาร : 02-5907322	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9255350 E-mail : planningfood@gmail.com
	4. น.ส.ชนานันท์ ประไพเพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907214 โทรสาร : 02-5907322	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-6914195 E-mail : planningfood@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. 1. นารีรัตน์/กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค/095-9185855



หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป														
คำนิยาม	<p>ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิง ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p>บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมาย ว่าด้วยยาสูบ</p> <p>การบริโภคยาสูบ หมายถึง การเสพยาสูบโดยวิธีสูบ/ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นในปากหรือจุ่มหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน</p> <p>ความชุกของผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ร้อยละของจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่ ในช่วงระยะเวลา 1 ปี</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>17□5</td> <td>17</td> <td>16.5</td> <td>16</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	18	17□5	17	16.5	16
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
18	17□5	17	16.5	16											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>ลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง</li> <li>เพื่อลดการบริโภคยาสูบของประชากรไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD ของประชากรวัยทำงานในปัจจุบัน</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย อายุ 15-70 ปี														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือ HDC e-file														
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสถิติแห่งชาติ /สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ /สนย.สป														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรทั้งหมดอายุ 15 ปีขึ้นไป														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (จากการสำรวจ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ/การสำรวจ ทุก 2 ปี หรือ การสำรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือ HDC e-file)														
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2560 :														
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
					≤ ร้อยละ 18										

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

โดยการพิจารณาข้อมูลจากการสำรวจร้อยละผู้สูบบุหรี่ในประชากร

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

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

**แนวทางการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ**

1. บูรณาแผนงานโครงการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดและมีการจัดตั้งหรือบูรณาการคณะอนุกรรมการ/คณะกรรมการควบคุมยาสูบกับคณะกรรมการอื่นที่มี เพื่อวางแผนควบคุมกำกับการดำเนินงานระดับจังหวัด
2. ส่งเสริม สนับสนุน และร่วมกับจังหวัดในการดำเนินการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะ เยาวชน(Gen Z) ในพื้นที่ทั้งในโรงเรียน/สถานศึกษาและชุมชน
3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ให้กับเยาวชนและคนในชุมชน
4. ส่งเสริม สนับสนุนสร้างความครอบคลุมการบริการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ
5. จัดให้มีบริการเชิงรุกในชุมชน โดยมีการบูรณาการและส่งเสริมการดำเนินงานกิจกรรม 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน
6. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการดำเนินงาน ยินยอมปฏิบัติตาม และการเฝ้าระวังเพื่อจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ

เอกสารสนับสนุน :	1. สถานการณ์การสูบบุหรี่จำแนกตามเขต 2. แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่/การดำเนินงาน Gen Z ปลอดบุหรี่ 3. แนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบแบบเชิงรุก 4. แนวทาง/รูปแบบการคัดกรอง ระบบบริการเลิกบุหรี่และการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	21.4	ร้อยละ	20.7	19.9	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nanajang85@hotmail.com">nanajang85@hotmail.com</a> 2. นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nat.piyamas@hotmail.com">nat.piyamas@hotmail.com</a>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nanajang85@hotmail.com">nanajang85@hotmail.com</a> 2. นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nat.piyamas@hotmail.com">nat.piyamas@hotmail.com</a>				

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

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 - 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			<b>คำนวณจากข้อมูล</b> - รายงานผลการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศ ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณ นำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต - ข้อมูลประชากรกลางปีอายุ 15 ปี ขึ้นไป		
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	คำนวณจากสูตรตัวชี้วัด				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 2. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>
		ลิตร แอลกอฮอล์ บริสุทธิ์/คน/ปี	6.9 <input type="checkbox"/>	6.95	-
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nanajang85@hotmail.com">nanajang85@hotmail.com</a> 2. นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nat.piyamas@hotmail.com">nat.piyamas@hotmail.com</a>				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</b>	งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nanajang85@hotmail.com">nanajang85@hotmail.com</a> 2. นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nat.piyamas@hotmail.com">nat.piyamas@hotmail.com</a>				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	3. ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	25. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด(Dependence) ยาเสพติด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	92	93	94	95	96
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการหยุดเสพยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา หลังจำหน่าย 3 เดือน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	NA	92	92	92	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	93	93	93	93	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	94	94	94	94	
ปี 2563:					

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :	สถานบริการ (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการบำบัดรักษา) จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย ยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ผ่าน เครือข่าย internet ประเมินผลโดย กลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาเสพติด สำนักบริหาร การสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบข้อมูล				
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	87□26	87.75	92.09
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nanajang85@hotmail.com">nanajang85@hotmail.com</a></p> <p>2. นางสาวสุวรรณี วงสาโสม เจ้าพนักงานสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nangfa_01@hotmail.com">nangfa_01@hotmail.com</a></p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nanajang85@hotmail.com">nanajang85@hotmail.com</a></p> <p>2. นางสาวสุวรรณี วงสาโสม เจ้าพนักงานสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nangfa_01@hotmail.com">nangfa_01@hotmail.com</a></p>				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	26. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด														
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และ เครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ที่ได้รับการตรวจสอบ หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ส่วนกลาง เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น</li> <li>2) ส่วนภูมิภาค เก็บตัวอย่างตาม <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1) แผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย. (ในตัวชี้วัดส่วนภูมิภาค) เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น</li> <li>2.2) แผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต</li> </ol> </li> </ol> <p>ไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ถูกฉ้อฉล</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 95	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ <input type="checkbox"/> 0</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>95</td> <td>96</td> <td>97</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ <input type="checkbox"/> 0	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	95	96	97	98	99
ปีงบประมาณ <input type="checkbox"/> 0	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
95	96	97	98	99											
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นับที่ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ตามแบบรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส														
แหล่งข้อมูล	สำนัก/กองผลิตภัณฑ์ สำนักด้านอาหารและยา กอง คบ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบทั้งหมด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)														



เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปี 2560 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<b>1. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b>			
<p>1. คณะทำงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>2. ทีมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนกลาง และจังหวัด (ทีม SAT)</p> <p>3. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน</p> <p>3.1 ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวัง 6 มิติ</p> <p>3.2 หลักเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง</p> <p>3.3 ระบบฐานข้อมูลและช่องทางการรายงาน</p> <p>4. แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) แบบบูรณาการภายใต้กลไกใหม่</p>	<p>1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 เดือน</p> <p>2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา</p>	<p>1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 9 เดือน</p> <p>2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา</p>	<p>1. สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ</p> <p>2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>3. ถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงในปีต่อไป</p>
<b>2. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตาม PA ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>			
<p>5. แผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค</p> <p>6. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30</p>	<p>3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65</p>	<p>3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100</p>	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	-		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่รวมส่วนภูมิภาค)	ร้อยละ	94.94	95.22	
	- ยา		99.71	99.96	
	- อาหาร		94.01	94.43	
	- เครื่องสำอาง		97.67	96.55	
	- เครื่องมือแพทย์		94.04	91.19	
	- วัตถุอันตราย		97.40	90.24	
	- วัตถุเสพติด		92.26	96.43	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. น.ส.ยุวดี พัฒนวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907070 โทรสาร : 02-591-8479		ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-8116873 E-mail : puyuwade@fda.moph.go.th		
	2. นายวชิระ อัมพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907332 โทรสาร : 02-5918471		ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 081-9288013 E-mail : vachira@fda.moph.go.th		
	3. น.ส. สุมาลี พรกิจประสาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907154 โทรสาร : 02-5918446	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย	โทรศัพท์มือถือ : 084-3618393 E-mail : sumayee@fda.moph.go.th		
	4. น.ส. สุกัทธา บุญเสริม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907351 โทรสาร : 02-5918477		รท.ผู้อำนวยการสำนักด้านอาหารและยา โทรศัพท์มือถือ : 081-845-9043 E-mail : pongsai@fda.moph.go.th		
	5. น.ส. สุกัญญา เจียรพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907162 โทรสาร : 02-5918390		ผู้อำนวยการสำนักยา โทรศัพท์มือถือ : 089-0416563 E-mail : sukanya@fda.moph.go.th		
	6. น.ส. ทิพย์วรรณ ปริญญาศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907175 โทรสาร : 02-5918460		ผู้อำนวยการสำนักอาหาร โทรศัพท์มือถือ : 089-8116899 E-mail : tipvon@hotmail.com		
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	(ระดับส่วนกลาง) - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผล	ภมร/คุ้มครอง/095-9185855				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	27. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด				
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพ 2 กลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งมี 2 ประเภทได้แก่ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลเอกชน) ทั่วประเทศ</li> <li>■ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม ดังนี้</li> <li>■ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด</li> <li>■ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด</li> </ul>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 60</p> <p>เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 80</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 65</p> <p>-</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 70</p> <p>-</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 75</p> <p>-</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 80</p> <p>-</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน				
ประชากร	สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ				

กลุ่มเป้าหมาย					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน				
แหล่งข้อมูล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด				
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด				
รายการข้อมูล 3	B1 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด				
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $((A1/A2) \times 100 + (B1/B2) \times 100)/2$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล	
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	
กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 30	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 40	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 50	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 60	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 60	
เกณฑ์การประเมินรวม	เกณฑ์การประเมินรวม	เกณฑ์การประเมินรวม	เกณฑ์การประเมินรวม	เกณฑ์การประเมินรวม	
เฉลี่ยสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 27.5	เฉลี่ยสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 45	เฉลี่ยสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 62.5	เฉลี่ยสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 80	เฉลี่ยสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 80	
วิธีการประเมินผล :	<p>กลุ่ม 1 จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและ/หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด โดย สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>กลุ่ม 2 จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด โดย กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	สถานพยาบาล	ร้อยละ	100	100	100
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ	-	-	-



หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&amp;CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p><b>ระดับพื้นฐาน</b></p> <p><b>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</b></p> <p>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&amp;CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</b></p> <p>G: GARBAGE      2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</p> <p>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</p> <p>R: RESTROOM      4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก</p> <p>E: ENERGY      5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</p> <p>E: ENVIRONMENT      6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</p> <p>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>N: NUTRITION      8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน</p> <p>9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</p>

	<p><b>ระดับดี</b></p> <p>11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</p> <p>12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (OPD)</p> <p><b>ระดับดีมาก</b></p> <p>13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</p> <p>14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</p>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
<p>ปีงบประมาณ 60</p> <p>รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน</p>	<p>ปีงบประมาณ 61</p> <p>รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน</p>	<p>ปีงบประมาณ 62</p> <p>รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับดี</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p> <p>รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ ระดับดี</p>	<p>ปีงบประมาณ 64</p> <p>รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก</p>	
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p>1. โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด +</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้ศูนย์อนามัยเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของเขต</p> <p>3. ศูนย์อนามัยรวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้หน่วยงานส่วนกลาง</p>				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด				
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$				
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2 และ 4				

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ร้อยละ 80 ของจังหวัด มี กลไกการขับเคลื่อน และจัด ทีมตรวจประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ	1. ร้อยละ 60 ของ จังหวัด ดำเนินการ ขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	1. ร้อยละ 80 ของ จังหวัด ดำเนินการ ขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	1. ร้อยละ 100 ของ จังหวัด ดำเนินการ ขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital
2. ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาล มีแผนพัฒนา โรงพยาบาลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	2. ร้อยละ 30 ของ โรงพยาบาล พัฒนาได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	2. ร้อยละ 60 ของ โรงพยาบาล พัฒนาได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	2. ร้อยละ 75 ของ โรงพยาบาล พัฒนาได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospitalระดับพื้นฐาน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดและโรงพยาบาลมี แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯระดับพื้นฐาน ร้อยละ 75	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดและโรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ฯระดับดีร้อยละ 60	รพ. ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีร้อยละ 75

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดและโรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อ พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีร้อยละ 75	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯระดับดีร้อย ละ 100

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดและโรงพยาบาลมี แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 60	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 75



วิธีการประเมินผล :	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนามาด้วยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส																																														
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินกิจกรรม GREEN 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน																																														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="411 539 1442 1218"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเภทสถานพยาบาล</th> <th rowspan="2">จำนวน (แห่ง)</th> <th colspan="6">โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</th> </tr> <tr> <th>การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>การดำเนินงานกิจกรรม GREEN (แห่ง)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>การดำเนินงานกิจกรรม GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพศ.</td> <td>28</td> <td>28</td> <td>100</td> <td>17</td> <td>60.7</td> <td>17</td> <td>60.7</td> </tr> <tr> <td>รพท.</td> <td>88</td> <td>86</td> <td>97.7</td> <td>49</td> <td>55.7</td> <td>48</td> <td>54.6</td> </tr> <tr> <td>รพช.</td> <td>780</td> <td>720</td> <td>92.3</td> <td>288</td> <td>36.9</td> <td>275</td> <td>35.3</td> </tr> <tr> <td><b>รวม</b></td> <td><b>896</b></td> <td><b>834</b></td> <td><b>93.1</b></td> <td><b>354</b></td> <td><b>39.5</b></td> <td><b>340</b></td> <td><b>37.9</b></td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="411 1279 1458 1480"> <b>หมายเหตุ :</b> 1. ข้อมูลโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรม GREEN&amp;CLEAN Hospital “โครงการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม”            2. ข้อมูลไม่รวมการดำเนินงานของ โรงพยาบาลกรมสังกัดวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข         </p>	ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ						การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินงานกิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินงานกิจกรรม GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	รพศ.	28	28	100	17	60.7	17	60.7	รพท.	88	86	97.7	49	55.7	48	54.6	รพช.	780	720	92.3	288	36.9	275	35.3	<b>รวม</b>	<b>896</b>	<b>834</b>	<b>93.1</b>	<b>354</b>	<b>39.5</b>	<b>340</b>	<b>37.9</b>
ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)			โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ																																											
		การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินงานกิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินงานกิจกรรม GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ																																								
รพศ.	28	28	100	17	60.7	17	60.7																																								
รพท.	88	86	97.7	49	55.7	48	54.6																																								
รพช.	780	720	92.3	288	36.9	275	35.3																																								
<b>รวม</b>	<b>896</b>	<b>834</b>	<b>93.1</b>	<b>354</b>	<b>39.5</b>	<b>340</b>	<b>37.9</b>																																								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายนพดล ทาทิตย์/นายเอกชัย หอมชื่น /กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม																																														
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย																																														
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายนพดล ทาทิตย์/นายเอกชัย หอมชื่น /กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม																																														

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม														
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	29. จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่าง บูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน														
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน หมายถึง จังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</li> <li>2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยผ่าน คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.)</li> <li>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลรพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย ร้อยละ 100</li> <li>4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</li> <li>5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน</li> <li>6. มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</li> </ol>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ <input type="checkbox"/> 100 ของ จังหวัดผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน</td> <td>ร้อยละ 80 ของ จังหวัดผ่านเกณฑ์ ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 100 ของ จังหวัด ผ่านเกณฑ์ <input type="checkbox"/> ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 80 ของ จังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี มาก</td> <td>ร้อยละ 100 ของ จังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี มาก</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ <input type="checkbox"/> 100 ของ จังหวัดผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของ จังหวัดผ่านเกณฑ์ ระดับดี	ร้อยละ 100 ของ จังหวัด ผ่านเกณฑ์ <input type="checkbox"/> ระดับดี	ร้อยละ 80 ของ จังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี มาก	ร้อยละ 100 ของ จังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี มาก
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ <input type="checkbox"/> 100 ของ จังหวัดผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของ จังหวัดผ่านเกณฑ์ ระดับดี	ร้อยละ 100 ของ จังหวัด ผ่านเกณฑ์ <input type="checkbox"/> ระดับดี	ร้อยละ 80 ของ จังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี มาก	ร้อยละ 100 ของ จังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี มาก											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดส่งข้อมูลให้ศูนย์อนามัย</li> <li>2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง</li> <li>3. หน่วยงานส่วนกลางรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ</li> <li>4. การรายงานผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวง</li> </ol>														
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด														

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ระดับพื้นฐาน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

## เกณฑ์การประเมิน

## ปี 2560

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 50	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดยศอ.)

## ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี ร้อยละ 40	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี (ประเมินโดยศอ.)

## ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี ร้อยละ 50	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี (ประเมินโดยศอ.)

ปี 2563			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 40	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)
ปี 2564			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 50	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินตนเองของจังหวัด</li> <li>2. ศูนย์อนามัยประเมินจังหวัดในการมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ</li> <li>3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ</li> </ol>		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</li> <li>2. คู่มือการปฏิบัติงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</li> <li>3. แนวทางการปฏิบัติตามมติคณะกรรมการสาธารณสุข</li> <li>4. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม</li> <li>5. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>6. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) เพื่อรองรับระบบข้อมูลระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนแนวทางการจัดทำข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</li> </ol>		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนดระดับดีขึ้นไป (ปีงบประมาณ พ.ศ.2559 กำหนดประเมินการประเมิน 5 ประเด็น)	ร้อยละ	-	-	94.74 (72 จังหวัด)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p><u>ประเด็นการพัฒนากระบวนการข้อมูล</u></p> <p>1. นางสาวอำพร บุครัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904359 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : amporn.b@anamai.mail.go.th</p> <p><u>กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย</u></p> <p><u>ประเด็นการสนับสนุนการดำเนินงานคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</u></p> <p>1. นายพลากร จินตนาวิวัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : palakorn.c@anamai.mail.go.th</p> <p><u>ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย</u></p> <p><u>ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>1. น.ส.ปานิสสา ศรีดิโรมนต์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : panisa.s@anamai.mail.go.th</p> <p><u>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</u></p> <p><u>ประเด็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)</u></p> <p>1. นายพาไท จุลสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : pathai.c@anamai.mail.go.th</p> <p><u>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</u></p>				



แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล /รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัด	30. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีมให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ 10,000 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน รวมทีมให้บริการ 3 ทีมเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คนเภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน</p> <p><b>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวน</b></p> <p>ทีม ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว สำหรับปีงบประมาณ 60 เป้าหมาย รพศ./รพท. 3 ทีม (1 cluster) รพช. 1 ทีมต่อจังหวัด</p>

## เกณฑ์เป้าหมาย

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการเตรียมการจัดบริการตามเกณฑ์จัดทีมบุคลากรปฏิบัติงาน ดำเนินงาน คลินิก หมอครอบครัว จัดทำแผนการดำเนินงาน และระบบสนับสนุนต่าง ๆ	สามารถเปิดบริการ คลินิก หมอครอบครัว มีกิจกรรม การดูแลแบบองค์รวมใน กลุ่มเป้าหมาย	สามารถเปิดบริการ คลินิก หมอครอบครัว มีกิจกรรม การดูแลแบบองค์รวมใน กลุ่มเป้าหมาย	สามารถเปิดบริการ คลินิก หมอครอบครัว มีกิจกรรม การดูแลแบบ องค์รวมในกลุ่มเป้าหมาย	สามารถเปิดบริการ คลินิกหมอครอบครัว มี กิจกรรม การดูแลแบบ องค์รวมในกลุ่มเป้าหมาย
ระบบข้อมูลและบริการที่จำเป็นต่าง ๆ ตามแนวทาง การดำเนินงาน คลินิก หมอครอบครัว	ระบบข้อมูลและบริการที่จำเป็นต่าง ๆ ตามแนวทาง การดำเนินงาน คลินิก หมอครอบครัว	ระบบข้อมูลและบริการที่จำเป็นต่าง ๆ ตามแนวทาง การดำเนินงาน คลินิก หมอครอบครัว	ระบบข้อมูลและบริการที่จำเป็นต่าง ๆ ตามแนวทาง การดำเนินงาน คลินิก หมอครอบครัว	ระบบข้อมูลและบริการที่จำเป็นต่าง ๆ ตามแนวทาง การดำเนินงาน คลินิก หมอครอบครัว สามารถ ประเมินผลการดำเนินงาน ได้
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม			
ประชากร	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด ในจังหวัดสระแก้ว มีพื้นที่ดำเนินการ 2 แห่ง ได้แก่			

กลุ่มเป้าหมาย	อำเภอเมือง สระแก้ว พื้นที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 1 ทีม โรงพยาบาล อรัญประเทศ จำนวน 1 ทีม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน				
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการ การแพทย์ปฐมภูมิ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
<p><b>เกณฑ์การประเมิน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คลินิกหมอครอบครัว สามารถเปิดบริการ ตามแนวทางคลินิกหมอครอบครัว มีการดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมาย แบบองค์รวม มีแพทย์เวชศาสตร์ และสหวิชาชีพ ดูแลประชากรตามกลุ่มเป้าหมายและวิชาชีพ</li> <li>- วิธีการประเมิน โดย วิเคราะห์จากระบบข้อมูลรายงาน และลงเยี่ยมพื้นที่จริง</li> </ul>					
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบประเมิน</li> <li>- แนวทางการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว</li> </ul>				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com				



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ														
ระดับการวัดผล	จังหวัด/อำเภอ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	31.ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ														
คำนิยาม	<p>ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน</p> <p>ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchments population) และผู้ให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว (Family care team)</p> <p>ชุมชนและท้องถิ่น หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน</p> <p>คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> <li>2. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทั้ง Acute &amp; Chronic care</li> </ol> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลสุขภาพประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ ทุกอำเภอ จำนวน 9 อำเภอ ในจังหวัดสระแก้ว</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 1100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 1100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 1100											

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง)			
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มี District Health System			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน / ประเมิน			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มี District Health System ผ่านเกณฑ์คุณภาพ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 9 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	การประเมินตนเอง โดยใช้แนวทางการ พัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบ บริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/ กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดย การมีส่วนร่วมของทุกภาค ส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอ ครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพ ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล :	1. การประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA 2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัย และการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) 3. มีการดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 เรื่อง และมีโครงสร้างทีมหมอ ครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับอำเภอ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริม พัฒนาการ 4. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับ อำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตาม แนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)			
เอกสารสนับสนุน :	1.หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย 2.หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) 3.หนังสือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)			

4. แบบประเมินตนเอง DHS – PCA					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline dat	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	100 (9 แห่ง)	100 (9 แห่ง)	100 (9 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายมานชัย เวชบุญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ          กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-0261029          E-mail : wetboon_m@hotmail.com</p> <p>2. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ          กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506          E-mail : sbv_00715@hotmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ          กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506          E-mail : sbv_00715@hotmail.com</p>				

## เอกสารประกอบ

## ตัวชี้วัดที่ ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ

## 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 ทำได้ ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
5	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

UCARE	1 เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยาม ปฏิบัติการ
<b>Unity Team</b>	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	cross functional เป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวราบ โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็น สุขภาพสำคัญ	<b>ทีมสุขภาพ (Health Team)</b> หมายถึง <u>ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)</u>
<b>Customer Focus</b>	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ เป็นแบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลาย อย่างน้อยใน กลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน	มีการเรียนรู้และพัฒนา ช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้อง และมี ประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธาผูกพัน และมีส่วนร่วมกับ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	<b>ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need )</b> หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟันฟู)และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)</u>

UCARE	1 เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยาม ปฏิบัติการ
<b>Community Participation</b>	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ ชุมชน และ ภาคีเครือข่ายมี ส่วนร่วมในการ ดำเนินงานด้าน สุขภาพ	ดำเนินการให้ ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการ ด้านสุขภาพ ในงานที่ หลากหลาย และขยายวง กว้างเพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคี เครือข่ายมีส่วน ร่วมคิด ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพอย่างเป็น ระบบกับเครือข่าย บริการปฐมภูมิ และมีการขยายวง ได้ค่อนข้าง ครอบคลุม	ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย ร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการ ด้านสุขภาพ และมีการ ทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการมี ส่วนร่วมให้ เหมาะสมมาก ขึ้น	ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย ร่วม ดำเนินการ อย่างครบ วงจร รวมทั้ง การ ประเมินผล จนร่วมเป็น เจ้าของการ ดำเนินงาน เครือข่าย บริการปฐม ภูมิ	
<b>Appreciation</b>	มีแนวทางหรือ วิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการใน การดูแล พัฒนา และ สร้างความพึง พอใจของ บุคลากร	มีการขยาย การดำเนินการ ตามแนวทาง หรือวิธีการใน การดูแล พัฒนา และ สร้างความพึง พอใจของ บุคลากร เพิ่มขึ้นในแต่ ละหน่วยงาน หรือในแต่ละ ระดับ	ดำเนินการตาม แนวทางหรือ วิธีการดูแล พัฒนาและสร้าง ความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้ สอดคล้องกับ ภารกิจที่จำเป็น อย่างเป็นระบบ	เครือข่าย สุขภาพมีการ เรียนรู้ ทบทวน กระบวนการ ดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพัน ของบุคลากร ให้สอดคล้อง กับบริบท	สร้าง วัฒนธรรม เครือข่ายให้ บุคลากรมี ความสุข ภูมิใจ รับรู้ คุณค่าและ เกิดความ ผูกพันในงาน ของเครือข่าย บริการปฐม ภูมิ	<b>ความผูกพัน</b> (engagement) หมายถึง การที่ บุคลากรมีความ กระตือรือร้นในการ ปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับ มอบหมาย ด้วยความ มุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุ พันธกิจขององค์กร

UCARE	1 เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยาม ปฏิบัติการ
<b>Resources Sharing and Human Development</b>	มีแนวทาง หรือ เริ่มวางแผนการ ใช้ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากร ร่วมกัน เพื่อ สนับสนุนการ พัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน	มีการ ดำเนินการ ร่วมกัน ใน การใช้ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ใน บางประเด็น หรือบางระบบ	มีการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ร่วมกันอย่างเป็น ระบบและ ครอบคลุม ตาม บริบท และความ จำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้ บรรลุตาม เป้าหมายของ เครือข่ายสุขภาพ	มีการทบทวน และปรับปรุง การจัดการ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ให้ เหมาะสม และ มี ประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากร ร่วมกันโดยยึด เป้าหมายของ เครือข่าย สุขภาพ (ไม่มี กำแพงกัน) และมีการใช้ ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผล ให้เกิดระบบ สุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน	<b>Resource</b> หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็น ปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน
<b>Essential Care</b>	มีแนวทาง หรือ เริ่มดำเนินการ จัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐาน ที่จำเป็นในแต่ ละกลุ่ม ตาม บริบทของชุมชน	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ ตามบริบท และตามความ ต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะ กลุ่มที่มีปัญหา สูง	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพตาม บริบท ตามความ ต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละ กลุ่ม และชุมชน ที่ครอบคลุม ประชากรส่วน ใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวน การ จัดระบบดูแล สุขภาพ และ พัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการ ดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้องมาก ขึ้น	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ อย่างบูรณา การร่วมกับ ประชาชน ชุมชนภาคี ภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมี สถานะสุขภาพ ดี	<b>Essential Care</b> หมายถึง บริการด้าน สุขภาพที่จำเป็น สำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับ บริบทของชุมชน และ เป็นไปตามศักยภาพ ของเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
ลักษณะ	Leading Indicator	
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	32. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	
คำนิยาม	<p>ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 หรือ 3</p> <p>หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี 2559 ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี 2560 อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ</p> <p>ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 หรือ 3</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้		
	ปีงบประมาณ	ความดันโลหิตสูง
	เบาหวาน	
	2560	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5% จากปี 2559 หรือ มากกว่า 40%
	2561	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5% จากปี 2560 หรือ มากกว่า 40%
	2562	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5% จากปี 2561 หรือ มากกว่า 40%
	2563	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5% จากปี 2562 หรือ มากกว่า 40%
	2564	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5% จากปี 2563 หรือ มากกว่า 40%
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	



	2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3) 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	$(A/B) \times 100$			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	$(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2560
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2560
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2561
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2561
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2562
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2562

ปี 2564 :					
		<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
	เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2563
	ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2563
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2557 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 3. แนวทางการรักษาการรักษารักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	20.50 (HDC)	22.15 (HDC)	27.52 (HDC)
	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	18.50 (HDC)	22.83 (HDC)	30.47 (HDC)
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2. นางภัทรา ผาแก้ว    นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303     โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100     E-mail : phattha_1@hotmail.com 3. นางสาวรಂಗกาญจน์ สิงห์ประสม                          นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303     โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100     E-mail : krongkarn.sing@gmail.com				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุภาพจิต และยาเสพติด				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2. นางภัทรา ผาแก้ว    นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303     โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100     E-mail : phattha_1@hotmail.com 3. นางสาวรಂಗกาญจน์ สิงห์ประสม                          นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303     โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100     E-mail : krongkarn.sing@gmail.com				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	33. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)				
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≥ 80%	≥ 82.5%	≥ 85%	≥ □□.5%	≥ 90%
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายเหตุ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน Type area 1 และ 3 หมายถึง 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Type area 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Type area 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานผลการคัดกรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥ 80%	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥ 82.5%	

ปี 2562 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		-		-		≥ 85%	
ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		-		-		≥ 87.5%	
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		-		-		≥ 90%	
วิธีการประเมินผล :		การรายงานผลการคัดกรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและเทียบกับค่าเป้าหมาย					
เอกสารสนับสนุน :		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> <li>2. โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Thai CV Risk Score)</li> <li>3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558</li> </ol>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
				2557	2558	2559	
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)		ร้อยละ		-	-	62.75 (จากรายงานไตรมาส)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว</li> <li>2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com</li> <li>3. นางสาวกรรณกาญจน์ สิงห์ประสม      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com</li> </ol>					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)		กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด					

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว</p> <p>2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวกรองกาญจน์ สิงห์ประสม                      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com</p>
---	--

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะทุกกรณี</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD – 12 แพ้) จากหน่วยบริการแต่ละแห่งรวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12				
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล IPD จาก 12 แพ้ หรือ 43 แพ้				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	
วิธีการประเมินผล :	จากข้อมูล IPD จาก 12 แพ้ หรือ 43 แพ้				
เอกสารสนับสนุน :	Health data center สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	15.54	ร้อยละอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	20.65	18.87	7.11 (จาก HDC)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว</p> <p>2. นางภัทรา ผาแก้ว                                  นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวกรรณกาญจน์ สิงห์ประสม                  นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว</p> <p>2. นางภัทรา ผาแก้ว                                  นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวกรรณกาญจน์ สิงห์ประสม                  นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com</p>				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	35. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
คำนิยาม	<p>อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (ICD J440, 441)</p> <p><b>ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ โดยให้รหัส ICD-10 J440-J441 เป็นโรคหลัก (PDX) ในเวชระเบียน</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การคิดจำนวนครั้งของการกำเริบให้คิดทุกครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจนอนหรือไม่นอนโรงพยาบาลก็ได้</li> <li>2) ถ้านอนโรงพยาบาลร่วมด้วยหลังจากเข้าห้องฉุกเฉินให้นับแค่ครั้งเดียว</li> <li>3) ถ้ามีการส่งต่อในเขตจังหวัดเดียวกัน ให้นับที่โรงพยาบาล ปลายทาง</li> <li>4) ถ้ามีการส่งต่อข้ามจังหวัด ให้นับที่เขตจังหวัดที่ส่ง นำจำนวนครั้งที่เกิดการกำเริบข้างต้นทั้งปี มาเปรียบเทียบกับประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัดนั้นๆ เช่น ประชากรกลางปีมี 1 ล้านคน การกำเริบ ทั้งปี 1000 ครั้ง คำตอบคือ 100 ครั้งต่อแสนประชากร</li> </ol>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 6□	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDX = J440-J441)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ติดตามการเปลี่ยนแปลงไตรมาส 1, 2, 3 และ 4)				



เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร

วิธีการประเมินผล :

จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอน 1 จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร

ขั้นตอน 2 มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอน 3 อัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง

เอกสารสนับสนุน :

แนวเวชปฏิบัติสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553

รายละเอียดข้อมูล

พื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
106.81	ต่อแสนประชากร	111.72	111.09	97.62(HDC)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

/

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3

โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha\_1@hotmail.com

3. นางสาวกรองกาญจน์ สิงห์ประสม      นักวิชาการสาธารณสุข

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1

โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com

<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</b>	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
<b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว</li> <li>2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com</li> <li>3. นางสาวกรองกาญจน์ สิงห์ประสม      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com</li> </ol>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
ลักษณะ	Leading Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	36. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
คำนิยาม	<p>1. การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล 18 ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมิน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ตัวชี้วัด รวมเป็นจำนวน 20 ตัวชี้วัด (หากกรณีเป็น รพ.ระดับ A – M1 จะเพิ่มการประเมินเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) 1 ตัวชี้วัด)</p> <p>2. ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ดังนี้</p> <p>ขั้นที่ 1 หมายถึง มีนโยบาย RDU มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด และมีการติดตามประเมินผล (และกรณีเป็น รพ.ระดับ A-M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยา (AMR) ทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ และการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล)</p> <p>ขั้นที่ 2 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU และผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 8 ตัวชี้วัด จาก 20 ตัวชี้วัด (และกรณีเป็น รพ.ระดับ A – M 1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด)</p> <p>ขั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU และผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 16 ตัวชี้วัด จาก 20 ตัวชี้วัด (และกรณีเป็น รพ.ระดับ A – M1 ต้องมีอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลงจากปีก่อน)</p> <p>3. ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance ; AMR) ในกระแสเลือด</p> <p>หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจากแบคทีเรีย 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter spp.</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas spp.</i>, <i>Salmonella spp.</i>, <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i></p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและ ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและ ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ 2 ทุกแห่งและ ขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ 2 ทุกแห่ง และขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ 2 (เป้าหมายร้อยละ 50)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ 2 (เป้าหมายร้อยละ 80)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ 3 (เป้าหมายร้อยละ 50)

ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ประเมินผลการดำเนินงานของ โรงพยาบาล และสรุปร้อยละของ โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ชั้นที่ 3 (เป้าหมายร้อยละ 80)
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล			
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)			
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	RDU ชั้นที่ 1	ร้อยละ	-	-
				15 % (รพ. 133 แห่งจาก รพ.ทั้งหมด 896 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ญ.ไพรัช บุญฤทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 สำนักบริหารการสาธารณสุข (RDU)		เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : <a href="mailto:praecu@gmail.com">praecu@gmail.com</a>	
	2. นางสาววันทนา ปวีณกิตติพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรสาร : 02-5910343 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (AMR)		นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 E-mail : <a href="mailto:wantana.p@dmsc.mail.go.th">wantana.p@dmsc.mail.go.th</a>	
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล(ส่วนกลาง)	1. สำนักบริหารการสาธารณสุข (RDU) 2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (AMR)			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	ปรารธนา กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค 095-9185855			

แผนที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																												
โครงการที่	โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์																												
ระดับการวัดผล	จังหวัด/โรงพยาบาล																												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง																												
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพ ของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษา ต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)																												
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10														
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																									
ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10																									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม																												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัดสระแก้ว																												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดและเขตสุขภาพจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข																												
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข																												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2559																												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2560																												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน)																												
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4																												
เกณฑ์การประเมิน :	<p>ปี 2560 :</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอน 1 - 3</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </table> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอน 1 - 3</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอน 1 - 3</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																										
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																										
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																										
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10																										

ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสต.) ระดับจังหวัด/อำเภอ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 2) มีการจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p>ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p>ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต ตามแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ</p>			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
			-	-
				13.25
				(ศูนย์ส่งต่อจังหวัด)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางจินตนา พ่วงแพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-241038 โทรศัพท์มือถือ : 081-5728724 E-mail : opd_sakaeo@hotmail.com</p> <p>2. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com</p>			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com</p>			

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. อัตราตายทารกแรกเกิด				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	4	3.6	3.2	2.8	2.5
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตในหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- เก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานของโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรเชื่อมโยงฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนัก การบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ เพื่อประมวลผลข้อมูลการตายของทารกแรกเกิด				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตร และหนังสือรับรองการตาย จากการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ 28 วัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	4.5	-	4.0	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	3.8	-	3.6	



ปี 2562:																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน																			
-	3.4	-	3.2																			
ปี 2563:																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน																			
-	3.0	-	2.8																			
ปี 2564:																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน																			
-	2.6	-	2.5																			
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด</li> <li>2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต</li> <li>3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล</li> <li>4. มีการสรุปข้อมูล</li> </ol>																					
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด</li> <li>2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<b>อัตราตายทารกแรกเกิด</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเทศ</td> <td>ต่อพันเกิดมี</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>ยังไม่ออก</td> </tr> <tr> <td>สระแก้ว</td> <td>ชีพ</td> <td>9.19</td> <td>4.61</td> <td>6.41</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ประเทศ	ต่อพันเกิดมี	7	7	ยังไม่ออก	สระแก้ว	ชีพ	9.19	4.61	6.41
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2557	2558	2559																		
ประเทศ	ต่อพันเกิดมี	7	7	ยังไม่ออก																		
สระแก้ว	ชีพ	9.19	4.61	6.41																		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ประสานงานตัวชี้วัด / รายงานผลการดำเนินงาน ระดับจังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทรศัพท์มือถือ : 08 8506 4756 E-mail : chan_smlk@hotmail.com</li> <li>2.น.ส.ปวีณภััสสรร์ คล้าศิริ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทรศัพท์มือถือ : 08 9831 5944 E-mail : weenapas@gmail.com</li> <li>3.น.ส.รัตนา ด้านปรีดา ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ratana1007@hotmail.com</li> </ol>																					

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5.โครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	39. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
คำนิยาม	<p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการประคับประคองอาการ มีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติขององค์กรนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง(Patient and Family Center) มีจุดเน้นการดูแลด้าน Family Meetingการทำ Advance Care Plan, Symptoms Control และ Psychosocial and Spiritual Support กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย)ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรคมะเร็ง</li> <li>2. Neurological Disease /Stroke</li> <li>3. โรคไตในระยะเวลาที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต</li> <li>4. Pulmonary and Heart Disease</li> <li>5. Multiple Trauma Patient</li> <li>6. Infectious Disease HIV/AIDS</li> <li>7. Pediatric</li> <li>8. Aging /Dementia</li> </ol> <p>โดยมีข้อบ่งชี้ทั่วไป ที่ช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ Palliative Care</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้นการประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS <math>\leq</math> ร้อยละ 50 หรือการประเมิน Functional Assessment ซึ่งได้แก่Karnofsky Score (KPS) <math>\leq</math> ร้อยละ 50 หรือ ECOG <math>\geq</math> 3 เป็นต้น</li> <li>2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ</li> <li>3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก</li> <li>4. Terminal Delirium</li> <li>5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin <math>&lt;</math> 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง</li> <li>6. Persistent Hypercalcemia</li> <li>7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา</li> <li>8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่</li> <li>9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง</li> </ol>

	10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b> โรงพยาบาลทุกระดับ (S,M,F)มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)					
	<b>ปีงบประมาณ 60</b>	<b>ปีงบประมาณ 61</b>	<b>ปีงบประมาณ 62</b>	<b>ปีงบประมาณ 63</b>	<b>ปีงบประมาณ 64</b>
	- ชั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1 – 1.5	- ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1)	- ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2)	- ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3)	- ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)
	- ชั้นตอนที่ 3 (ไม่รวมชั้นตอนที่ 2)	- ชั้นตอนที่ 3 - ชั้นตอนที่ 4 4.1 (1) และ 4.2 (1)	- ชั้นตอนที่ 3 - ชั้นตอนที่ 4 4.1 (2) และ 4.2 (2)	- ชั้นตอนที่ 3 - ชั้นตอนที่ 4 4.1 (3) และ 4.2 (3)	- ชั้นตอนที่ 3 - ชั้นตอนที่ 4 4.1 (4) และ 4.2 (4)
		- ชั้นตอนที่ 5 5.1 (1) และ 5.2 (1)	- ชั้นตอนที่ 5 5.1 (2) และ 5.2 (2)	- ชั้นตอนที่ 5 5.1 (3) และ 5.2 (3)	- ชั้นตอนที่ 5 5.1 (4) และ 5.2 (4)
<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม</li> <li>2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า(Advance Care Plan)เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต</li> <li>3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายจากการดูแลและประสานงานของทีมสุขภาพ ครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ S,M,F) ในเขตสุขภาพ				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงพยาบาลทุกระดับ(ระดับS,M,F) ในเขตสุขภาพ				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ S,M,F)ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล				
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด(ระดับ S,M,F)ในเขตสุขภาพ				
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$				
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2 และ 4				

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1-1.3	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1 - 1.4	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1 - 1.5

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1

**1.1 โรงพยาบาลระดับ S, M1**

มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง และมีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย

**โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3**

มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย

**1.2 โรงพยาบาลระดับ S, M1**

มีการกำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นภารกิจส่วนหนึ่งของกลุ่มการพยาบาล มอบหมายให้มีพยาบาลรับผิดชอบเต็มเวลา กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลข้างเตียง (Primary Palliative Care) รวมทั้งทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ เลขานุการศูนย์การดูแล

แบบประคับประคองโดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง

### โรงพยาบาลระดับ F 1-3

มี Palliative Care Nurse Manager/Coordinator ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง

1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลตามแนวทาง Palliative Care โดยได้รับการคัดกรอง  $\geq$  ร้อยละ 80

1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

### 1.5 โรงพยาบาลทุกระดับ (S, M1-2, F 1-3)

มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และ/หรือ มีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย และ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง / การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุด บำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น  $\geq$  ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลทุกระดับในเขต สุขภาพ

**ขั้นตอนที่ 2** มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อต่อไป

### 2.1 โรงพยาบาลระดับ S

มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วม ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

### 2.2 โรงพยาบาลระดับ S, M1

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

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

### โรงพยาบาลระดับ F 1-3

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

- (1) ปี 2561  $\geq$  ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (2) ปี 2562  $\geq$  ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

### 2.3 โรงพยาบาลระดับ S

มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบ การแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

(1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S ในเขตสุขภาพ

(2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S ในเขตสุขภาพ

(3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S ในเขตสุขภาพ

(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S ในเขตสุขภาพ

### โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3

มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือ การแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

(1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตฯ

(2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตฯ

(3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตฯ

(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตฯ

**ขั้นตอนที่ 3** มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วน และมีการดำเนินการ ต่อไปนี้

### โรงพยาบาลทุกระดับ S, M1-2, F1-3

มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับสสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรใน ท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่นอปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1โรงพยาบาล

**ขั้นตอนที่ 4** มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดำเนินการ ต่อไปนี้

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

มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อ ของเขตสุขภาพ ที่ ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการ ดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง

(1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใน โรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล)

(2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้

ร่วมกันทั้งจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด)

- (3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ)
- (4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ

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

มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดทำให้เพียงพอ

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

**ขั้นตอนที่ 5** มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี

#### 5.1 โรงพยาบาลทุกระดับ S, M1-2, F1-3

มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของ ผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)

- (1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal)  $\geq$  ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP
- (2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal)  $\geq$  ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP
- (3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal)  $\geq$  ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP
- (4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal)  $\geq$  ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP

หมายเหตุ(1) - (4) คัดจากจำนวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2.2 (ตัวหาร)

#### 5.2 โรงพยาบาลทุกระดับ S, M1-2, F1-3

มีงานวิจัย หรือ งานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking)

- (1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล
- (2) ปี 2562 มี (1)และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด

	(3) ปี 2563 มี (1)-(2) และ งานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ (4) ปี 2564 มี (1)-(3) และ มีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพหรือ ในกระทรวงสาธารณสุข หรือ กลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กรมการแพทย์</li> <li>2. Functional Unit and List Disease for Palliative Care กรมการแพทย์</li> <li>3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 (<a href="https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf">https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf</a>)</li> <li>4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2554</li> <li>5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. <a href="http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf">http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf</a> (access April 2014)</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			NA	N	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล และ รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มา</p> <p>2. รับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>3. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การทาบหม้อเกลือ</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน</li> </ul> <p>4. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฝึกสมาธิบำบัด</li> <li>- ฝังเข็ม</li> <li>- การกดจุดบำบัด</li> <li>- การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย</li> </ul> <p>5. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>6. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>
เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 60	ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20

เกณฑ์การคิดคะแนน ปีงบประมาณ 60									
เกณฑ์การคิดคะแนน	คะแนน								
มาก <input type="checkbox"/> ว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป	5								
ร้อยละ 19.00 – 19.99	4								
ร้อยละ 18.00 – 18.99	3								
ร้อยละ 17.00 – 17.99	2								
ร้อยละ 16.00 – 16.99	1								
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร								
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ								
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2) การรายงานจากจังหวัด								
<b>แหล่งข้อมูล</b>	1) 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/Provider) 2) ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด								
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ								
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ								
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$								
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 4								
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>									
ปี 2560 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ทำแผนพัฒนาระบบ NODE บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> <li>อบรมพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การทำกรณีศึกษา/นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนไทยและเผยแพร่ผลงาน จำนวน 2 รุ่น</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในคลินิกการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐานใน รพท./รพช./รพ.สต.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผลักดันงานแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล</li> <li>สนับสนุนการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City)</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทำแผนพัฒนาระบบ NODE บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> <li>อบรมพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การทำกรณีศึกษา/นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนไทยและเผยแพร่ผลงาน จำนวน 2 รุ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในคลินิกการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐานใน รพท./รพช./รพ.สต.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผลักดันงานแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล</li> <li>สนับสนุนการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20</li> </ul>
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
<ul style="list-style-type: none"> <li>ทำแผนพัฒนาระบบ NODE บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> <li>อบรมพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การทำกรณีศึกษา/นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนไทยและเผยแพร่ผลงาน จำนวน 2 รุ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในคลินิกการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐานใน รพท./รพช./รพ.สต.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผลักดันงานแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล</li> <li>สนับสนุนการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20</li> </ul>						
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> </ol>								
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน								

	2) คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	16.27	17.77	17.07
	ที่มา : HDC กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกัญญา เทพรัตนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร :		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840 E-mail :kanya.m2007@gmail.com		
	2. นางสาวนุชรี บวงสวง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2149 5636 โทรสาร:		เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : 080-0962633 E-mail : nuharee_na@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวกัญญา เทพรัตนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร :		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840 E-mail :kanya.m2007@gmail.com		
	โทรสาร:		E-mail : nuharee_na@hotmail.com		

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	41. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต														
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่า ได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ (ปีที่ยังดำเนินการปัจจุบันที่ต้องการวัด) ทั้งรายเก่าและรายใหม่</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 50	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรงและระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข ทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 ถึงปีที่ต้องการจะวัด ในฐานะข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วิเคราะห์เป็นราย														

	<p>หน่วยบริการ จังหวัดเขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a></p> <p><u>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สามารถดำเนินการได้ดังต่อไปนี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ทีมงานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน</li> <li>2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail : <a href="mailto:depression54@hotmail.com">depression54@hotmail.com</a> หรือ <a href="mailto:info@thaidepression.com">info@thaidepression.com</a> หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</li> </ol> <p><u>ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้าจากหน่วยบริการพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2</u></p> <p><b>คำอธิบายสูตร:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>ตัวตั้ง</b> คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38 และ F39) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาลรพช./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต</li> <li>● <b>ตัวหาร</b> คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7%(แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรประจำปี...(จะใช้ประชากรประจำปีย้อนหลังไป 1 ปี เนื่องจากปีที่วัดยังไม่มีรายงาน) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย</li> </ul>								
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 - 2564 :									
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">รอบ 3 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 6 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 9 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 50</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ร้อยละ 50						
วิธีการ	รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล 43								

ประเมินผล :	แฟ้ม โดยการรับข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552-ปีที่ต้องการจะวัดในฐานะข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a>				
เอกสารสนับสนุน	ข้อมูลจากฐานข้อมูล <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a>				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline <input type="checkbox"/> data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละ	2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ 2. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nanajang85@hotmail.com">nanajang85@hotmail.com</a> 3. นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nat.piyamas@hotmail.com">nat.piyamas@hotmail.com</a>				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	42. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ			
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ			
เกณฑ์เป้าหมาย : $\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	$\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน	$\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน	$\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน	$\leq 6.0$ ต่อประชากรแสนคน
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มบุคคล สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน</li> <li>2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาคต่อไป</li> </ol>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</li> <li>2. จากรายงาน รง 506 S แบบรายงานการเฝ้าระวังติดตามผู้ทำร้ายตนเอง</li> </ol>			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 - 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		-	-	$\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน

วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราส่วน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>แบบรายงาน การเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเอง กรมสุขภาพจิต (รง 506 S)</li> <li>ชุดข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวม โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.08	6.47	อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nanajang85@hotmail.com">nanajang85@hotmail.com</a></li> <li>นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nat.piyamas@hotmail.com">nat.piyamas@hotmail.com</a></li> </ol>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nanajang85@hotmail.com">nanajang85@hotmail.com</a></li> <li>นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : <a href="mailto:nat.piyamas@hotmail.com">nat.piyamas@hotmail.com</a></li> </ol>				



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

	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	30/40	28/38	25/35	23/33	20/30
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 หรือ ใช้ ข้อมูลจากการเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกับข้อมูลจาก ICD-10 โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หรือ ฐานข้อมูลจากการเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกับข้อมูลจาก ICD-10				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Sepsis				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย Sepsis				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis		
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis		
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis		

ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis			
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis			
1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของ 3. โรงพยาบาลแต่ละระดับ (เมื่อมีผู้ป่วย Sepsis) 4. มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงาน <b>หมายเหตุ :</b> ปี 2560 ให้ดู Baseline ก่อน รอบปรับรอบเดือนมกราคม						
<b>วิธีการประเมินผล :</b>		1. รายงานผลจากฐานข้อมูล โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ 2. รายงานผลของโรงพยาบาลแต่ละระดับ				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>		CPG Sepsis ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>		<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
				2557	2558	2559
		N/A	ร้อยละ	-	-	-
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>		โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</b>		โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>		โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	44. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>รพ.ในระดับ F2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 –90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2–5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ</p> <p>Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น</p> <p>กลวิธีดำเนินงาน</p> <p>ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ รพ.ในตั้งแต่ระดับ F2 ทุกแห่ง ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ มียาใช้ได้ตลอดเวลา และไม่เก็บไว้จนยาหมดอายุ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 100					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จากทุกเขตบริการ				
แหล่งข้อมูล	จากทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = รพ.ระดับ F2 ในเขตที่และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ในเขตบริการนั้น				
รายการข้อมูล 2	B = รพ. ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	80	-	100

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการ

ประเมินผล :

1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน
2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลชุมชน
3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI
4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน

เอกสาร

สนับสนุน :

รายงานจากโรงพยาบาล ระดับ F2

รายละเอียด

ข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
18.73	ร้อยละ	0	19.23	36.96

ที่มาข้อมูล : HCD

ผู้ให้ข้อมูลทาง

วิชาการ /

ผู้ประสานงาน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

<b>หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</b>	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
<b>ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน</b>	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com 3. นางสาวกรรณกาญจน์ สิงห์ประสม      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com

หมายเหตุ : ปิงบประมาณ พ.ศ.2559 โรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ครบ 100 เปอร์เซ็นต์แต่ยังไม่มี การให้จริงในทุกแห่ง

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	45. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี 2560 – 2564) คือ ลดอัตราตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับbaseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	20.10	19.10	18.10	17.1
				ปีงบประมาณ 64
				16.10
วัตถุประสงค์	ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ย ชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	20.10

ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	19.10		
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	18.10		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	17.10		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	16.10		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ สำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์จากข้อมูลเบื้องต้นของ ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2556	2557	2558
	17.26	ต่อประชากรแสนคน	15.10	15.59	21.10
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com 3. นางสาวกรรณกาญจน์ สิงห์ประสม      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</b> กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด					
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com 3. นางสาวกรรณกาญจน์ สิงห์ประสม      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com				



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

	<p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกของผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกของผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p><b>หมายเหตุ</b> ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมีวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์</li> <li>2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์</li> </ol> <p>การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic</p>										
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b></p>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 82</td> <td>ร้อยละ 82</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85							
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ <math>\geq 85\%</math></li> <li>2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq 85\%</math></li> <li>3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq 85\%</math></li> </ol>											
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก</p>										
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด</li> <li>2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด</li> <li>3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา</li> </ol>										
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา</li> <li>2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษาได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R)ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 <u>วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์(Obtained_date)</u> วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ</li> <li>3.2 <u>วันที่ผ่าตัด (Operation_date)</u> ในกลุ่มการรักษาด้วยการผ่าตัด</li> <li>3.3 <u>วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</u> ในกลุ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด</li> <li>3.4 <u>วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</u>สำหรับการรักษาด้วยรังสีรักษา</li> </ol> </li> </ol>										

	<b>กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ</b> 3.5 วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่งการรักษา มะเร็ง)								
<b>แหล่งข้อมูล</b>	1. จาก Hospital Based Cancer Registry 2. จากหน่วยบริการผู้ป่วยศัลยกรรม ห่องผ่าตัด หน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด และหน่วยที่ ให้บริการผู้ป่วยรังสีรักษา								
<b>รายการข้อมูล 1</b>	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา $\leq 4$ สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมี บำบัด $\leq 6$ สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษา $\leq 6$ สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด								
<b>รายการข้อมูล 2</b>	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน								
<b>สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$								
<b>ระยะเวลา ประเมินผล</b>	ไตรมาส 2 และ 4 (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)								
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>									
ปี 2560:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	80	-	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	80	-	80						
ปี 2561:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	80	-	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	80	-	80						
ปี 2562:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>82</td> <td>-</td> <td>82</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	82	-	82
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	82	-	82						
ปี 2563:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>82</td> <td>-</td> <td>82</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	82	-	82
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	82	-	82						

ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	85	-	85	
วิธีการประเมินผล :	สำรวจและนิเทศติดตาม				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	NA	NA	
	<p>ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2559 (ไตรมาสที่ 2)</p> <p>1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 81.09%</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> 85.15%</p> <p>3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> 74.18%</p>				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	47. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	26.91	26.41	25.91	25.41
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับของประชากรไทย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	26.91
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	26.41
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	25.91

ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		-		25.41	
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		-		24.91	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ สนย. จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2556	2557	2558
	28.81	ต่อประชากรแสนคน	31.29	27.74	27.41
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com 3. นางสาวรองกาญจน์ สิงห์ประสม                      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com 3. นางสาวรองกาญจน์ สิงห์ประสม                      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	48. อัตราตายจากมะเร็งปอด			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	9.96	9.46	8.96	8.46
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดของประชากรไทย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	18
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	18
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	18





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



	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303    โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100    E-mail : krongkarn.sing@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303    โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100    E-mail : phattha_1@hotmail.com 3. นางสาวกรองกาญจน์ สิงห์ประสม                      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303    โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100    E-mail : krongkarn.sing@gmail.com

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	50. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน				
คำนิยาม	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแยกว่า 20/400 ได้แก่ 5/200, CF, HM, PJ, PL				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เท่ากับ 80%					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทีมจักษุที่ทำการผ่าตัดต้อกระจกบันทึกลงในโปรแกรม Vision2020thailandทุกราย และนำมาคำนวณเป็นร้อยละเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา				
แหล่งข้อมูล	- โปรแกรม Vision2020thailand - ข้อมูลการกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ในระดับจังหวัด และระดับเขต ที่กำหนดโดย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		
วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	Vision2020thailand				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผู้ป่วยตาบอด จากต้อกระจกได้รับการ ผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	NA	NA	79.65
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายจตุรงค์ จันทน์เรือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร : 037-425141 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 - 9830535 E-mail : chaturong.chan@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	จากโปรแกรมVision2020thailand				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายจตุรงค์ จันทน์เรือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร : 037-425141		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 - 9830535 E-mail : chaturong.chan@gmail.com		



ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล /รพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	51. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก				
คำนิยาม	<p>บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรค และรักษาโรคในช่องปาก ตามความจำเป็น โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนกำลังคนและวัสดุ และมีการกำกับติดตาม ให้อำนาจบริการปฐมภูมิดำเนินการได้</p> <p><b>บริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่</b> การตรวจ/วางแผนบริการร่วมกับผู้รับบริการและให้คำแนะนำเป็นการเฉพาะรายบุคคล ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และการขัดทำความสะอาดฟัน</p> <p><b>บริการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่</b> การทาฟันด้วยฟลูออไรด์วาร์นิช (เด็กเล็ก) การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 (อายุ 6-7 ปี) และซี่ที่ 2 (อายุ 11-12 ปี) การขูดหินน้ำลายเหนือเหงือก และการเคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>การฝึกทักษะ</b> หมายถึง กระบวนการพัฒนาศักยภาพให้ผู้รับบริการมีความสามารถปฏิบัติได้จริง โดยแนะนำ/ผู้รับบริการทดลองปฏิบัติ/และแนะนำเพิ่มเติม</li> <li>• <b>การดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ได้แก่</b> การตรวจช่องปากด้วยตนเองและสามารถจัดการได้เมื่อมีปัญหา การแปรงฟันได้สะอาดเพียงพอในระดับป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม และการเลือกบริโภคอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากและเลี่ยงอาหารที่เพิ่มความเสี่ยง</li> </ul> <p><b>บริการรักษา</b> หมายถึง การรักษาพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย และถอนฟัน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในคนไทย</li> <li>2. เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้</li> </ol>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งบันทึกข้อมูลในแฟ้มบริการในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก = $(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส				

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	48.5	49	49.5	50	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50.5	51	51.5	52	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	52.5	53	53.5	54	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	54.5	55	55.5	56	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	56.5	57	57.8	58	
วิธีการประเมินผล :	วัดผลการดำเนินงานจาก หน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทุก 2 ปี โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2. รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี โดยสำนักทันตสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	53	54	56
	รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	ร้อยละ	53	54	56
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวเหมือนฝัน ตันเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 105      โทรศัพท์มือถือ : 086-3261247 โทรสาร : 037-425141-4 ต่อ 100      E-mail : hajang_nuew@outlook.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวเหมือนฝัน ตันเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 105      โทรศัพท์มือถือ : 086-3261247 โทรสาร : 037-425141-4 ต่อ 100      E-mail : hajang_nuew@outlook.com				



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ			
คำนิยาม	การปลูกถ่ายไต หมายถึง การปลูกถ่ายไตทั้งที่ได้รับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต (deceased donor kidney transplant) และ ที่ได้รับไตบริจาคจากผู้ที่มีชีวิต (living donor kidney transplant)			
เกณฑ์เป้าหมาย : $\geq 600$ ต่อปีในปีงบประมาณ 2560				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	650	700	800	1000
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการรับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)			
แหล่งข้อมูล	ทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย		
วิธีการประเมินผล :	ตามตารางทายKPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะะสภากาชาดไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
		ราย	551	601	รอสิ้นปี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สกันต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com <b>รพ.ราชวิถี</b>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	คณะกรรมการ service plan สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สกันต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080 453 1110 โทรสาร : 0 2354 8146 E-mail : <a href="mailto:sakarnbunnag@yahoo.com">sakarnbunnag@yahoo.com</a> <b>รพ.ราชวิถี</b> 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : <a href="mailto:moeva_dms@yahoo.com">moeva_dms@yahoo.com</a> <b>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์</b>				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)					
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ					
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ					
ลักษณะ	Leading Indicator					
ระดับการวัด	โรงพยาบาล					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	53. ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ					
คำนิยาม	<p>ECS (Emergency Care System) คือ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด (prevention), การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre hospital care), ต่อเนื่องถึง การดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER), การดูแล รักษาใน โรงพยาบาล (In hospital care) / การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care), การส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System) รวมถึง การจัดระบบบริหารกรณีเกิดอุบัติเหตุ หมู่ (Mass Casualties Incident) และ การเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ ของ สถานพยาบาล / โรงพยาบาล (Disaster preparedness&amp; Hospital preparedness for Emergency) ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล แต่ละ ระดับ จึงต้องทำการสำรวจในปีแรก และ หลังจากนั้น ดำเนินการเพิ่มเติม</p>					
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>						
<p>1) จังหวัดที่มีการสำรวจ และทราบเป้าหมายในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน(Emergency Care System) ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ โดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน มากกว่า ร้อยละ 70 ในช่วงระยะเวลา 3 ปี และ พัฒนาด้านอื่นๆ ต่อไป ตามแผนกาพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p>						
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
		ต่ำกว่าร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59	ร้อยละ 60-64	ร้อยละ 65-69	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปีแรกนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน โดยในเบื้องต้น โรงพยาบาล สถานพยาบาล ในแต่ละ จังหวัด สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และจัดทำแผนรองรับภัยพิบัตินั้นๆ พัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่มีความพร้อม ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะ ภัยพิบัติรายงานให้ จังหวัด / เขตบริการสุขภาพ และ กระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ตามลำดับ</p>					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาด F2 ขึ้นไป					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) จัดตั้ง คณะทำงานเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาลแต่ละระดับ ภายใต้ คณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินใน ระดับจังหวัด /ระดับเขต โดยในปีนี้ ให้นั้นเรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัย					

	<p>พิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับ</p> <p>2) ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล/ สถานพยาบาล ที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้น ตามแบบฟอร์มการประเมินตนเอง ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตามประเด็นที่กำหนด รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ</p> <p>3) ข้อมูลจากการประเมินของ ทีมประเมินจากส่วนกลาง / ทีมจากเขตบริการสุขภาพ</p>																																								
แหล่งข้อมูล	<p>1) จากข้อมูลจากการประเมินตนเอง คณะกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับตามประเด็นที่กำหนด รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ</p> <p>2) ข้อมูลจากการประเมินของ ทีมประเมินจากส่วนกลาง / ทีมจากเขตบริการสุขภาพ แผนรองรับภัยพิบัติของแต่ละ โรงพยาบาล และ บุคลากร กับหน่วยงานในท้องถิ่น</p>																																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล F2 ขึ้นไปทำการประเมินความเสี่ยงของตนเองตามมิติที่กำหนด																																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																																								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2560 :</p> <table border="1" data-bbox="280 1178 1350 1296"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </table> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1" data-bbox="280 1352 1350 1471"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 75</td> </tr> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1" data-bbox="280 1527 1350 1646"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </table> <p>ปี 2563 :</p> <table border="1" data-bbox="280 1700 1350 1818"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table> <p>ปี 2564 :</p> <table border="1" data-bbox="280 1872 1350 1991"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 70	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 75	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 80	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 85	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			ร้อยละ 70																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			ร้อยละ 75																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			ร้อยละ 80																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			ร้อยละ 85																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			ร้อยละ 90																																						
วิธีการประเมินผล :	<p>จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน (ปีที่ 1 พ.ศ. 2559)</p> <p>วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน</p>																																								

	<p><b>ขั้นตอน 1</b> จัดตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติของสถานพยาบาล / โรงพยาบาลแต่ละระดับ</p> <p><b>ขั้นตอน 2</b> สำรวจ/ ประเมินความเสี่ยงของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Hazard risk) และประเมินผลกระทบต่อประชากร / หน่วยบริการ (Impact survey) ตามคู่มือการประเมินตนเองด้านภัยพิบัติ ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดย กรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2559</p> <p><b>ขั้นตอน 3</b> บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรม ตามหลักสูตร การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภัยพิบัติ (Hospital preparedness for Emergency (HOPE) ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>ขั้นตอน 4</b> จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ สำหรับสถานพยาบาล/โรงพยาบาล Disaster management รวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน</p> <p><b>ขั้นตอน 5</b> การซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป</p>					
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หลักสูตรการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ในการรับภัยพิบัติ (Hospital Preparedness for Emergency : HOPE)</li> <li>2. คู่มือการประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาล ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดย กรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2559</li> <li>3. แบบสำรวจการประเมินตนเอง</li> </ol>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
			ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4      โทรศัพท์มือถือ : 081-9407947 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100      E-mail somkeat_sk@hotmail.com</li> <li>2. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4      โทรศัพท์มือถือ : 081-2950985 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100      E-mail : abc1669@hotmail.com</li> </ol> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</p>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4      โทรศัพท์มือถือ : 081-2950985 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100      E-mail : abc1669@hotmail.com</li> </ol> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</p>					

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	54. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
คำนิยาม	<p>การพัฒนาห้องฉุกเฉิน ให้ได้คุณภาพ เป็นหนึ่งในนโยบายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้ในระยะแรก เมื่อ พ.ศ. 2555 - 2557 โรงพยาบาลแต่ละระดับ ทำการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพื่อทราบถึง จุดเด่น และ จุดอ่อน ที่ต้องการปรับปรุง โดย ยึด ตาม แนวทางสู่มาตรฐานของการพัฒนาห้องฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ ซึ่งมี 12 ประเด็น ทั้งนี้ โรงพยาบาล จะมีคณะกรรมการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นให้ประเมิน</p> <p>อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้ เป็นเพียงแนวทางในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในภาพรวม จากข้อคิดเห็นของ คณะกรรมการได้เสนอให้ มีแนวทางในการประเมิน ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ในเชิงลึก เพื่อให้ ง่ายต่อการพัฒนางานฯ และทราบถึง ปัญหาอุปสรรค ของห้องฉุกเฉินแต่ละระดับ รวมทั้ง ทาง สรพ. (สถาบันพัฒนาคุณภาพ ) ได้ร่วมมือกับกรมการแพทย์ ภายใต้ Service plan trauma &amp; emergency ในการนำร่องการพัฒนาตัวชี้วัด ER คุณภาพ ใน ช่วงปี พ.ศ. 2558-2561</p> <p><b>ตัวชี้วัดในปี 2559 นี้ จะ เน้นใน 3 ส่วน คือ</b></p> <p><b>มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย</b> หมายถึงการประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p> <p><b>มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้น ในประเด็น</b> ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p><b>มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ</b> เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานของห้องฉุกเฉินจัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย และ สถาบันพัฒนาคุณภาพ)นอกจากนี้ เพื่อให้ สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล</p>
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละ 75 ของโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการประเมินตนเอง เพื่อทราบถึงข้อเด่น และ ข้อด้อยของตนเอง ที่ต้องการพัฒนา ตามลำดับความเร่งด่วน ใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลของตนเองในเขตสุขภาพ จากปี 2559 เทียบกับปี 2560
วัตถุประสงค์	เพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการประเมินตนเอง ตามคู่มือการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตามประเด็นที่กำหนด

	รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และ ระดับเขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล การประเมินตนเอง			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด ที่ทำการประเมินตนเอง ตาม มิติที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ใน จังหวัด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1.มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลแต่ละระดับ พร้อมทั้งมีผลการดำเนินงาน ในการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน 2.มีคณะกรรมการ ER คุณภาพจังหวัด สระแก้วและประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปี 60	1.มีการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล อย่างน้อย ปี ละ1 ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงข้อเด่น และ ข้อด้อย ของการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน 2.คณะกรรมการ ER คุณภาพจังหวัด สระแก้ว ลงนิเทศกำกับติดตามการดำเนินงาน	1.คณะกรรมการ ER คุณภาพจังหวัด สระแก้ว ลงตรวจประเมิน ER โรงพยาบาลทุกแห่ง 1 ครั้ง 2.สรุปผลการประเมิน	1.ประชุมสรุปถอดบทเรียน 2.นำผลที่ได้จากการประเมิน นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล และ จังหวัด ตามลำดับให้ทราบถึง จุดอ่อนจุดด้อย ที่ประเมิน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินปีต่อไป
วิธีการประเมินผล :	จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน วิธีการประเมินผล :จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอน 1.มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ พร้อมทั้ง มีผลการดำเนินงาน ในการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ขั้นตอน 2.มีการประเมินตนเองของ โรงพยาบาล ตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล อย่างน้อย ปี ละ 1 ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงข้อเด่น และ ข้อด้อยของการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ขั้นตอน 3.นำผลที่ได้จากการประเมิน นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล และ ระดับสูงขึ้นไป ตามลำดับให้ทราบถึง จุดอ่อนจุดด้อย ที่ประเมิน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินต่อไป			
เอกสารสนับสนุน :	1) คู่มือแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน กรมการแพทย์			

		2) แบบฟอร์มการประเมินตนเองของโรงพยาบาลแต่ละระดับ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
	NA	ร้อยละ	100	100	100
<b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>1.นางกชพรรณ ทาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ            กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ            โทรศัพท์มือถือ : 0931352508            E-mail : H_kodchapan@hotmail.com</p> <p>2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าพนักงานสาธารณสุข            กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ            โทรศัพท์มือถือ : 0999286298            E-mail : Aomam_kanya@hotmail.com</p>				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<p>1.นางกชพรรณ ทาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ            กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ            โทรศัพท์มือถือ : 0931352508            E-mail : H_kodchapan@hotmail.com</p> <p>2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าพนักงานสาธารณสุข            กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ            โทรศัพท์มือถือ : 0999286298            E-mail : Aomam_kanya@hotmail.com</p>				



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)																								
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ																								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ																								
ลักษณะ	Leading Indicator																								
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล																								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	55. ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ																								
คำนิยาม	EMS คุณภาพ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินในหลายหลายรูปแบบ เช่น การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma) เป็นต้น โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับอย่างทั่วถึงปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ																								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. มีการกำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์EMSคุณภาพใน รพ.ระดับ F2</td> <td>โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี</td> <td>โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้น</td> <td>โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้น</td> <td>ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td>2. มีผลการสำรวจ สถานการณ์ EMS คุณภาพใน รพ ระดับ F2</td> <td>2560 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25</td> <td>จากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ</td> <td>จากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ</td> <td>F2 ที่มีEMS คุณภาพ</td> </tr> <tr> <td>3. มีแผนพัฒนา รพ.ระดับ F2 สู่อุ้ EMS คุณภาพ</td> <td></td> <td>25</td> <td>25</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1. มีการกำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์EMSคุณภาพใน รพ.ระดับ F2	โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี	โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้น	โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาล	2. มีผลการสำรวจ สถานการณ์ EMS คุณภาพใน รพ ระดับ F2	2560 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25	จากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ	จากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ	F2 ที่มีEMS คุณภาพ	3. มีแผนพัฒนา รพ.ระดับ F2 สู่อุ้ EMS คุณภาพ		25	25	
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																					
1. มีการกำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์EMSคุณภาพใน รพ.ระดับ F2	โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี	โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้น	โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาล																					
2. มีผลการสำรวจ สถานการณ์ EMS คุณภาพใน รพ ระดับ F2	2560 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25	จากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ	จากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ	F2 ที่มีEMS คุณภาพ																					
3. มีแผนพัฒนา รพ.ระดับ F2 สู่อุ้ EMS คุณภาพ		25	25																						
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จากสาเหตุต่างๆ ที่ต้องการ fast track และ นำส่ง โรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma) เป็นต้น ด้วยการจัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลความปลอดภัยในระหว่างนำส่งจนพ้นภาวะวิกฤตโดยคำนึงคุณภาพการปฏิบัติการ และความปลอดภัย ของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติการ																								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma) ณ โรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน																								
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)																								
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับที่มีระบบ EMS คุณภาพ																								
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับทั้งหมด																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																								

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			สำรวจข้อมูล EMS คุณภาพ		
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10		
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาลทุกระดับมี EMS คุณภาพ		
วิธีการประเมินผล :		1. รายงานผลจากฐานข้อมูล 2. รายงานการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินโดยทีมปฏิบัติการ แต่ละ ระดับ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
		N/A	ร้อยละ	2557	2558
				2559	
				N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100 โทรศัพท์มือถือ : 081-9407947 E-mail : somkeat_sk@hotmail.com 2. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100 โทรศัพท์มือถือ : 081-2950985 E-mail : abc1669@hotmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			
หน่วยงานประมวลผลและ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			

จัดทำข้อมูล(ระดับจังหวัด)	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4      โทรศัพท์มือถือ : 081-2950985 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100สำนัก      E-mail : <a href="mailto:abc1669@hotmail.com">abc1669@hotmail.com</a> กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)													
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ													
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ													
ลักษณะ	Lagging Indicator													
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล													
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	56. อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)													
คำนิยาม	การเสียชีวิต จากการบาดเจ็บ ขึ้นกับกลไกของ ความรุนแรงที่เกิด อาจพบการเสียชีวิต ตั้งแต่ ก่อนถึงโรงพยาบาลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล หรือ เมื่อถึง โรงพยาบาลแล้ว จากข้อมูลที่เคยรวบรวม ส่วนใหญ่ เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งมีการคำนวณ ค่า Probability of survival (Ps) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 (เอกสารแนบนิยาม Multiple injuries) อย่างไรก็ตาม เพื่อลด ความสูญเสีย การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ กรณีที่ผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจากการบาดเจ็บ ได้รับบริการการแพทย์ อย่าง รวดเร็ว ทันท่วง และ ปลอดภัย													
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าร้อยละ 6</td> <td>5-6</td> <td>3-4</td> <td>1-2</td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> </tr> </tbody> </table>				1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 6	5-6	3-4	1-2	น้อยกว่า ร้อยละ 1
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน										
มากกว่าร้อยละ 6	5-6	3-4	1-2	น้อยกว่า ร้อยละ 1										
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ของกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการรักษาภายใน โรงพยาบาล 2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่รับไว้ในโรงพยาบาล													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับเข้ารับรักษาภายในโรงพยาบาลทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือ เท่ากับ 0.75													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรม IS WIN													
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IS													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 และเสียชีวิต													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ)ทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือ เท่ากับ 0.75													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$													
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วัดระดับเขตบริการสุขภาพ)													
เกณฑ์การประเมิน :	ปี 2560 :													
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1										

ปี 2561 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1	
ปี 2562 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1	
ปี 2563 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1	
ปี 2564 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลตามแบบฟอร์มการประเมิน			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
				2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4      โทรศัพท์มือถือ : 081-9407947 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100      E-mail : somkeat_sk@hotmail.com 2. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4      โทรศัพท์มือถือ : 081-2950985 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100      E-mail : abc1669@hotmail.com <b>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</b>			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับจังหวัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4      โทรศัพท์มือถือ : 081-2950985 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100สำนักงาน      E-mail : abc1669@hotmail.com <b>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</b>			

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล			
ลักษณะ	Leading Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	57. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety			
คำนิยาม	<p>2P safety หมายถึง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Patient and Personal safety)</p> <p>มาตรฐาน 2P safety ของสถานพยาบาล หมายถึง การดำเนินงานตามแนวทางในการบริหารจัดการและการดำเนินงานในเรื่องความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0228.05/2690 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2559 และ สธ 0218/3636 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2559</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : ปีงบประมาณ	60 ร้อยละ 60 หน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety			
วัตถุประสงค์	ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจการดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2560 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1.จัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	1.คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด นิเทศงาน โรงพยาบาลทุกแห่ง	1 ให้โรงพยาบาล สรุปรายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) และอันตราย (Harmful Event)	1. ให้โรงพยาบาล สรุปรายงานการดำเนินการ เรื่องความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
	2.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปี 2560	2.โรงพยาบาลประเมินตนเองและรายงานผลตามโปรแกรม		
	3.โรงพยาบาลทุกแห่งจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	3.มาตรการตรวจจับอุบัติการณ์รุนแรงและอันตรายตั้งแต่ในระยะแรกให้โรงพยาบาล รายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) ให้ผู้อำนวยการทราบ	ให้คณะกรรมการระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับ	2.จังหวัดสรุปผลการประเมินระบบ RM ของโรงพยาบาลทุกแห่ง รายงาน

4.มาตรการป้องกัน และบริหารความเสี่ยง	โดยทันที และอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ให้รายงานภายใน	กระทรวงทราบ ตามลำดับ ทุก 3	ผู้บริหารทราบ 3.ประชุมสรุปถอดบทเรียน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ให้โรงพยาบาล จัดทำ บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) และวิเคราะห์ หาสาเหตุราก(Root Cause Analysis) เพื่อ จัดทำแนวทางและ มาตรการป้องกันความ เสี่ยงที่เหมาะสมกับ สถานพยาบาล	24 ชั่วโมง นอกนั้นรายงานตามปกติ โดย กรณีอุบัติการณ์รุนแรงและอันตรายให้ รายงานนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทราบ 4.มาตรการไกล่เกลี่ย (Mediation) ให้ โรงพยาบาล จัดตั้งทีมเจรจาไกล่เกลี่ย ประกอบด้วยรองผู้อำนวยการฝ่าย การแพทย์ เป็นประธาน นักสันติวิธี นัก กฎหมาย และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยุติปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น ไม่ให้ลุกลาม 5.มาตรการดูแลกรณีมีการฟ้องร้อง ดำเนินคดี ให้กลุ่มกฎหมาย ดำเนินการ จัดตั้งทีมช่วยเหลือดูแลกรณี มีการ ฟ้องร้องดำเนินคดี ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับจังหวัด นักสันติวิธี ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และนัก กฎหมาย เป็นเลขาทีมกำกับ ติดตาม การดำเนินการตามมาตรการ 6.เป้าหมายโรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety	เดือน (สิ้นเดือน ธันวาคม มีนาคม มิถุนายน และ กันยายน) 2.คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง ระดับจังหวัด ประเมินระบบ RM ของโรงพยาบาลทุก แห่ง	เพื่อทำแผนปรับปรุงพัฒนา ปีต่อๆไป 4.เป้าหมายโรงพยาบาล อย่างน้อยร้อยละ 60 ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน 2P safety
วิธีการประเมินผล :	โรงพยาบาลได้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดครบทุกข้อ		
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์การดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety สำหรับสถานพยาบาล		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2557      2558      2559
	-	-	-      -      -
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางกชพรรณ หาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0931352508 E-mail : H_kodchapan@hotmail.com 2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0999286298 E-mail : Aomam_kanya@hotmail.com		

<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	1.นางกชพรรณ หาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0931352508 E-mail : H_kodchapan@hotmail.com 2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0999286298 E-mail : Aomam_kanya@hotmail.com
---	---



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	58. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้ว</p> <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง</li> <li>- HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป</li> <li>- HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้มีคุณภาพมาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
แหล่งข้อมูล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้ว ที่ผ่านเกณฑ์รับรอง HA ชั้น 3
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้วทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ประชุมโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานปีที่ผ่านมาและชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและเป้าหมาย ปี2560	คณะกรรมการ QLN จังหวัดสระแก้ว ลงเยี่ยมหน่วยงาน โรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อนิเทศงานกำกับ ติดตามความพร้อมการขอรับรอง HA	คณะกรรมการ QLN จังหวัดสระแก้ว ลงประเมินมาตรฐานระบบงานที่สำคัญเช่นระบบ LAB ระบบรังสีวินิจฉัย และมาตรฐาน HA เพื่อเตรียมความพร้อมก่อน สรพ. ลงประเมินรับรองคุณภาพ HA	-รวบรวมข้อมูลผลการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) -ประชุมสรุปถอดบทเรียนเพื่อทำแผนพัฒนาปรับปรุงปีต่อไป		
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	รวบรวมผลการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของโรงพยาบาลทุกแห่งเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณของทุกปี				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	ใบรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาล โดย สรพ.				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>
	รพ.ที่ผ่าน HA	ร้อยละ	71.43	100	55.55
<b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>1.นางกชพรรณ หาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0931352508 E-mail : H_kodchapan@hotmail.com</p> <p>2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าพนักงานสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0999286298 E-mail : Aomam_kanya@hotmail.com</p>				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<p>1.นางกชพรรณ หาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0931352508 E-mail : H_kodchapan@hotmail.com</p> <p>2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าพนักงานสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0999286298 E-mail : Aomam_kanya@hotmail.com</p>				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ				
โครงการที่	โครงการระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	รพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	59.ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 4 ดี โดย 4 ดี ประกอบด้วย <u>บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี</u> มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้</p> <p>เกณฑ์หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>เกณฑ์หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>เกณฑ์หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>เกณฑ์หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>เกณฑ์หมวด 5 ผลลัพธ์</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 111 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยทีมนิเทศ และประเมิน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> <b>ปี 2560 :</b>				
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
	ชี้แจงนโยบาย/แนวทางการ ประเมินพัฒนาที่มประเมิน จังหวัดและอำเภอ จัดทำแผนปฏิบัติงาน	พัฒนาที่มประเมิน ระดับ จังหวัด และ อำเภอ	รพ.สต.มีการ ประเมินตนเอง	มีการประเมินเพื่อ รับรองคุณภาพ (ร้อยละ 10)
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	1. สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของ นโยบาย 2. ทีมจังหวัด/อำเภอ ประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม 3. สรุปผลการประเมิน 4. คำนวณอัตราส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพทั้งหมด			
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	- เกณฑ์ การประเมิน มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>	
			<b>2557</b>	<b>2558</b>
	-	-	-	-
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1. นายมานชัย เวชบุญ            นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304    โทรศัพท์มือถือ : 083-0261029 E-mail : wetboon_m@hotmail.com 2. นายสมบัติ สมบัติวงษ์       นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304    โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com			
<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</b>				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	1. นายสมบัติ สมบัติวงษ์           นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304    โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com			

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

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาล ชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัด และเกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่าง โรงพยาบาลที่ผ่าน เกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรของ โรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาล ชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบ ตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรของ โรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาล ชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบ ตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาล ที่ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรของ โรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาล ชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบ ตัวชี้วัดและเกณฑ์ ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรของ โรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปี 2564 :									
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน			
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมิน		จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ HA		ติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล		รวบรวมข้อมูลผลการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)			
วิธีการประเมินผล :		รวบรวมผลการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณของทุกปี							
เอกสารสนับสนุน :		รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					
		รพ.ที่ผ่าน HA		หน่วยวัด		2557		2558	
		ร้อยละ		20		30		2559	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายแพทย์ธงธนะ เพิ่มบถศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901562 โทรสาร : กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์มือถือ : 081-775-1555 E-mail : thongtana.p@dms.mail.go.th					
		2. นางสาวนิศากร บุญอาจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901562 โทรสาร : 02-5901562		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7828530 E-mail : nisakoo@hotmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางสาวนิศากร บุญอาจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901562 โทรสาร : 02-5901562		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7828530 E-mail : nisakoo@hotmail.com					
		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข							

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	61. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โรงพยาบาลรัฐประเทศ และโรงพยาบาลวัฒนานคร ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ</p> <p>2. การจัดการบริการอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพต่างๆ ได้รับการดูแลสุขภาพมีการจัดการบริการ ทั้งเชิงรุกเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการรักษาและฟื้นฟูเป็นส่วนเสริมเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพในสถานประกอบการมีสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย</p> <p>3. การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย</p> <p>การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีประเด็นเพิ่มเติมจากเกณฑ์การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเกณฑ์การจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมทั่วไป คือ เพิ่มการประเมินความเสี่ยงในสถานประกอบการที่ตั้งขึ้นใหม่ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ สารเคมี อันตราย และสารกัมมันตรังสี</p> <p>4. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด ในคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2564	ร้อยละ 95 ของหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ ดังนี้				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95



วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสามารถเข้าถึง และได้รับการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โรงพยาบาลรัฐประเทศ โรงพยาบาล วัฒนานคร ประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเอง ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว</li> <li>2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลเป้าหมาย ทั้งหมด พร้อมผลการประเมินตนเองและแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ดั่งแบบ Report_OHS สสจ.) แจกไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6</li> <li>3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 รวบรวมส่งให้กับสำนักโรคจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนจัดเตรียมทีมตรวจประเมิน/สอบทวนและสรุปผล การดำเนินงาน</li> <li>4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 ร่วมกับทีมตรวจประเมินระดับจังหวัด และสำนักโรค จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตรวจประเมินตามแนวทางของสำนักฯ และให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมิน</li> <li>5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่ กระบวนการรับรอง (ดั่งแบบ Report_OHS_สคร.)</li> <li>6) กรรมการรับรองผลประชุมเพื่อพิจารณารับรองผลโรงพยาบาล</li> <li>7) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ตามแบบ รายงานผลการดำเนินงาน (ดั่งเอกสารแนบท้าย) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลที่ สนย.จะ เป็นผู้พัฒนาขึ้น</li> <li>8) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สรุปผลภาพรวมของประเทศ และรายงานให้ สนย.</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจ พิเศษที่ ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนา เศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด (3 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานไตรมาส 1, 2, 3, และ 4)



<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : phattha_1@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวกรรณกาญจน์ สิงห์ประสม      นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303      โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100      E-mail : krongkarn.sing@gmail.com</p>
---	--

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

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 75	ร้อยละ 78	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		แรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบอาชีพในประเทศไทย ใน 4 สัญชาติ คือ เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา และเวียดนาม		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		จากรายงาน		
แหล่งข้อมูล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล		
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพ		
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนแรงงานต่างด้าวที่พบมีสุขภาพที่สามารถติดตามตัวได้		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 2, 3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
การคัดกรองแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับบริการตรวจสุขภาพและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผลความสำเร็จการให้บริการในกลุ่มแรงงานที่พบปัญหาสุขภาพ	
ปี 2561 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
การคัดกรองแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับบริการตรวจสุขภาพและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผลความสำเร็จการให้บริการในกลุ่มแรงงานที่พบปัญหาสุขภาพ	
ปี 2562 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
การคัดกรองแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับบริการตรวจสุขภาพและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผลความสำเร็จการให้บริการในกลุ่มแรงงานที่พบปัญหาสุขภาพ	

ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
การคัดกรองแรงงานต่าง ด้าวที่เข้ามารับบริการตรวจ สุขภาพและให้ดูแลรักษา เมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่าง ด้าวกกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดย อาสาสมัครและให้ดูแล รักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่าง ด้าวกกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดย อาสาสมัครและให้ดูแล รักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผลความสำเร็จการ ให้บริการในกลุ่มแรงงานที่ พบปัญหาสุขภาพ		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
การคัดกรองแรงงานต่าง ด้าวที่เข้ามารับบริการตรวจ สุขภาพและให้ดูแลรักษา เมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่าง ด้าวกกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดย อาสาสมัครและให้ดูแล รักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่าง ด้าวกกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดย อาสาสมัครและให้ดูแล รักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผลความสำเร็จการ ให้บริการในกลุ่มแรงงานที่ พบปัญหาสุขภาพ		
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แรงงานต่างด้าวที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่เฝ้าระวังของ สถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการตรวจและประกันสุขภาพ</li> <li>2. มีระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคในชุมชนของสถานบริการสุขภาพ สำหรับ แรงงานต่างด้าวที่พักอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ</li> <li>3. สถานบริการสุขภาพมีระบบบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เช่น เดียวกับคนไทย</li> </ol>				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่าง ด้าวฉบับ ลงวันที่ 30 มีนาคม 2558 และที่แก้ไขเพิ่มเติม</li> <li>2. Clinical Practice guideline ของโรคต่างๆ ตามที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วย วัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>
	จำนวนแรงงานต่าง ด้าวที่พบปัญหา สุขภาพเมื่อมารับ บริการตรวจและ ประกันสุขภาพ ที่ OSS	ราย	19,615	1,268	8,965
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางสาวพัชรา เสถียรพัทธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 โทรสาร : 02-5901740 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 082-3240991 E-mail : <a href="mailto:kalyaneester@gmail.com">kalyaneester@gmail.com</a></li> <li>2. นางสุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</li> </ol>				

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639      โทรศัพท์มือถือ : 099-0581777 โทรสาร : 02-5901740      E-mail : <a href="mailto:sudafawongharimat@gmail.com">sudafawongharimat@gmail.com</a> <b>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>
<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	ศูนย์ประสานงานสุขภาพแรงงาน การช่วยเหลือเหยื่อค้ามนุษย์ และโครงการความร่วมมือกับองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของประเทศไทยกับ ประเทศญี่ปุ่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	นายสุรชัย เทียมพูล กลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ 0 37 425 141 – 4 ต่อ 104

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัดชายแดนใต้				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	63. ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้				
คำนิยาม	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุครบ 1 ปี (BCG- MMR) โดยเป็นเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	DTP-HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90
	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการเข้าถึงการให้บริการวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุครบ 1 ปี พื้นที่ชายแดนใต้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี พื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากความก้าวหน้าการรายงานผลวัคซีนตามไตรมาส				
แหล่งข้อมูล	วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลจากความก้าวหน้าการรายงานผลวัคซีนตามไตรมาส				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ตามไตรมาส (1,2,3,4) ได้รับวัคซีน DTP-HB3 ในจังหวัดสงขลา ยะลา สตูล นราธิวาส				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ตามไตรมาส(1,2,3,4)ได้รับวัคซีน MMR1 ในจังหวัดสงขลา ยะลา สตูล นราธิวาส				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปีทั้งหมด ตามไตรมาส(1,2,3,4) ในจังหวัดสงขลา ยะลา สตูล นราธิวาส				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. (A/C) $\times$ 100 2. (B/C) $\times$ 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละ					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	DTP-HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	
	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	DTP-HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	
	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	



ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
DTP-HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90		
MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
DTP-HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90		
MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
DTP-HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90	DTP - HB3 $\geq$ 90		
MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95	MMR1 $\geq$ 95		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากการบันทึกรายงานความครอบคลุมวัคซีนของสถานบริการหลังสิ้นแต่ละไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	DTP-HB3	ร้อยละ	2557	2558	2559
	MMR1	ร้อยละ	83.10	87.73	85.46
			81.53	83.87	80.39
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมคิด เพชรชาติรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 074-336084		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-8931620 E-mail : somkitepi@hotmail.com		
	2. นางสาวอุไชณะห์ โอ๊ะจิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 074-336084		เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : 083 -03870790 E-mail :		
	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสมคิด เพชรชาติรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 074-336084		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-8931620 E-mail : somkitepi@hotmail.com		

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

ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
25: แसन LB	25: แसन LB	25: แसन LB	25: แसन LB		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
20: แसन LB	20: แसन LB	20: แसन LB	20: แसन LB		
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จังหวัดรวบรวมข้อมูลมารดาไทยตายจากระดับอำเภอ ตำบล</li> <li>2. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลมารดาไทยตายจากระดับจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้อง และคำนวณอัตราส่วนการตายของมารดา</li> <li>3. ศูนย์อนามัยจัด conference case มารดาไทยตายระดับเขต</li> <li>4. วิเคราะห์ สรุปลสาเหตุการตายของมารดาและแนวทางแก้ไข</li> </ol>				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	38.8	42.8	50.08
	หมายเหตุ : รายงานการตายของมารดาตามที่อยู่จริง				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางเริงฤทัย หลีเส็น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-216767      โทรศัพท์มือถือ : 085-8941540 โทรสาร : 073-213747      E-mail : <a href="mailto:neabigbike@hotmail.com">neabigbike@hotmail.com</a> สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางเริงฤทัย หลีเส็น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-216767      โทรศัพท์มือถือ : 085-8941540 โทรสาร : 073-213747      E-mail : <a href="mailto:neabigbike@hotmail.com">neabigbike@hotmail.com</a> สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>				

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

	<p>วิชาการ คู่มือ แนวทาง ฯลฯ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมโรงพยาบาล/คลินิก ในการพัฒนาตนเองโดยการอบรมความรู้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากล (Certified body) ของสหรัฐอเมริกาแบบ JCI (Joint Commission International Accredited Organization)หรือของประเทศไทยแบบ HA หรือ Advanced HA</p> <p>สถานพยาบาลได้รับการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล หมายถึง สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับการอบรมความรู้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากลทั้งแบบ JCI และ HA/Advanced HA โดยมีกองสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นผู้ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานบริการต่างๆ เพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน ทั้งนี้ สถานพยาบาลทุกแห่งเป็นผู้สมัครใจเข้าสู่การรับรองมาตรฐานด้วยตนเอง</p>										
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>											
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80							
<p>เกณฑ์การให้คะแนน (ปี 2560)</p>											
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 50</td> </tr> </table>		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50							
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้บุคลากรในสถานพยาบาลมีองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล และเข้าสู่การรับรองมาตรฐานต่อไป</p>										
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>สถานพยาบาลภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในจังหวัดท่องเที่ยว 15 จังหวัด สถานพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพในการให้บริการ (100 เตียงขึ้นไป) และคลินิกเอกชนที่มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดท่องเที่ยว 15 จังหวัด</p>										
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>จากแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้เข้าร่วมการประชุมจำแนกตามจำนวนแห่งของสถานพยาบาล</p>										
<p><b>ระดับการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>สำนัก/กอง</p>										
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>กลุ่มพัฒนาการศึกษาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างประเทศ</p>										
<p><b>รายการข้อมูล 1</b></p>	<p>A = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล</p>										
<p><b>รายการข้อมูล 2</b></p>	<p>B = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด</p>										
<p><b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b></p>	<p><math>(A/B) \times 100</math></p>										
<p><b>ระยะเวลาประเมินผล</b></p>	<p>ไตรมาส 4</p>										



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	66. ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น				
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ยากลุ่มเป้าหมาย/รายการยากลุ่มเป้าหมาย คือ ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า</li> <li>● ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า คือ ยาที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูง (เรียงลำดับ) โดยผลรวมมีมูลค่าร้อยละ 50 ของมูลค่าทั้งหมด โดยมี 3 เงื่อนไข คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ต้องเป็นยาที่มีความจำเป็นทางสาธารณสุข</li> <li>2) ไม่สามารถผลิตได้เอง หรือผลิตเองน้อย</li> <li>3) มีความเป็นไปได้ในการผลิตหรือนำเข้าทดแทน</li> </ol> </li> </ul>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 100 ของรายการยาตามบัญชีมุ่งเป้ามี่ผู้ประกอบการรับผิดชอบในการผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ	ร้อยละ 100 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 20 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 50 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 80 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและวัคซีนในราคาที่สามารถซื้อได้ที่ตั้งอยู่บนหลักความยั่งยืน ภายในระบบประกันสุขภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภคยา กองทุนประกันสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สืบค้นจากฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

## เกณฑ์การประเมิน :

## ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดทำ “รายการยาตาม บัญชีมุ่งเป้า”	มีฐานข้อมูลความก้าวหน้า ใน การพัฒนายาตาม รายการยามุ่งเป้า แต่ละ รายการ	มีแผนพัฒนารายการยา ตามบัญชีมุ่งเป้าเพื่อเข้าสู่ ตลาดยา	ร้อยละ 100 ของรายการ ยาตาม บัญชีมุ่งเป้ามี ผู้ประกอบการรับผิดชอบ ในการผลิตหรือนำเข้าเพื่อ ทดแทนยาต้นแบบ

## ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมใน การขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 40 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมใน การขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 60 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมใน การขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 100 ของรายการ ยากลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมใน การขึ้นทะเบียนตำรับยา

## ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและผลิต จำหน่ายในเชิงพาณิชย์

## ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 50 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและผลิต จำหน่ายในเชิงพาณิชย์

## ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 80 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและผลิต จำหน่ายในเชิงพาณิชย์

## วิธีการประเมินผล :

พิจารณาจากรายงานสรุปผลการดำเนินงาน

## เอกสารสนับสนุน :

-



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ไม่มี		-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ปี 2560 - 2561 (ด้านการให้คำปรึกษา)</p> <p>1. ญญ วรสุดา ยุงทอง      ผู้อำนวยการสำนักงานนําร่องประเมิน ผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155      โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302 โทรสาร : 02-5907341      E-mail : worasuda@fda.moph.go.th</p> <p><b>สำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและผลิตภัณฑ์ สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</b></p> <p>ปี 2562 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ)</p> <p>1. ญญ ดร ธารกมล จันทระภาส      หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาออกนอกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907028      โทรศัพท์มือถือ : 089-1420456 โทรสาร : 02-5918463      E-mail : tankamol@fda.moph.go.th</p> <p><b>กลุ่มงานกำกับดูแลยาออกนอกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</b></p> <p>2. ญญ ดวงกมล ภัคดีสัตยพงค์      หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907163      โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5907164      E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th</p> <p><b>กลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</b></p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ปรารธนา กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค โทรศัพท์ 095-9185855				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	67. ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
คำนิยาม	<p><b>ผลิตภัณฑ์ยา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้รับอนุญาตผลิตยาที่มียานวัตกรรมที่อยู่ระหว่างวิจัยพัฒนา (โดยเฉพาะยาที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุข มีศักยภาพทางการตลาด) เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ครบถ้วน และมีคุณภาพเพียงพอในการขึ้นทะเบียนตำรับยา โดยกระบวนการให้คำปรึกษา 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pre-application consultation</li> <li>2) Prior assessment consultation</li> <li>3) Scientific advice</li> </ol> </li> <li>● ยานวัตกรรม หมายถึง ยาแผนปัจจุบัน(ยาเคมี และ ยาชีววัตถุ) ยาจากสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย</li> </ul> <p><b>ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ นักวิจัยที่มีเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมใหม่ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนา เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลวิชาการด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพียงพอในการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้ รูปแบบการให้คำปรึกษามี 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pre-application consultation</li> <li>2) Prior assessment consultation</li> <li>3) Scientific advice</li> </ol> </li> <li>● เครื่องมือแพทย์นวัตกรรม หมายถึง เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (non-IVD) และเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (in vitro diagnostic: IVD) ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย</li> </ul>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 25	ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุขยาและเครื่องมือแพทย์ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุขหรือมีศักยภาพทางการตลาด เพื่อการพึ่งพาตนเองของประเทศ อันจะนำไปสู่ความมั่นคงด้านยาและเครื่องมือแพทย์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
แหล่งข้อมูล	1. รายงานจากสำนักยา 2. รายงานจากสำนักงานนาร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3. รายงานจากหน่วยให้คำปรึกษาและส่งเสริมนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและได้รับการขึ้นทะเบียน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และผ่านการรับคำขอขึ้นทะเบียน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ได้รับการขึ้นทะเบียน				
ปี 2560 - 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย. รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียนร้อยละ 25	
วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากรายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาและเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย			
เอกสารสนับสนุน :	รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	1. จำนวนรายการยา และเวชภัณฑ์ที่ผ่าน ระบบการให้ คำปรึกษา	รายการ  รายการ	-  -	-  -	12  10
	2. จำนวนรายการ เครื่องมือแพทย์ที่ผ่าน ระบบการให้ คำปรึกษา				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>● <b>ผลิตภัณฑ์ยา</b></p> <p><u>ปี 2560 - 2561 (ด้านการให้คำปรึกษาด้านยา)</u></p> <p>1. ญ. วรสุดา ยุงทอง      ผู้อำนวยการสำนักงานนําร่องประเมิน ผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7155      โทรศัพท์มือถือ : 086-310-9302 โทรสาร : 02-590-7341      E-mail : <a href="mailto:worasuda@fda.moph.go.th">worasuda@fda.moph.go.th</a></p> <p><u>ปี 2562 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับยา)</u></p> <p>2. ญ. ดร. ชารมกล จันทระภาพ      หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7028      โทรศัพท์มือถือ : 089-142-0456 โทรสาร : 02-591-8463      E-mail : <a href="mailto:tankamol@fda.moph.go.th">tankamol@fda.moph.go.th</a></p> <p>3. ญ. ดวงกมล ภัคดีสัตยพงศ์      หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและ ยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7163      โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-590-7164      E-mail : <a href="mailto:p_duangkm@fda.moph.go.th">p_duangkm@fda.moph.go.th</a></p> <p>● <b>ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</b></p> <p><u>1. ด้านการให้คำปรึกษาด้านเครื่องมือแพทย์</u></p> <p>1. ดร. ญ.สิรินมาศ คัชมาตย์      หัวหน้างานพัฒนาระบบ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7149      โทรศัพท์มือถือ : 094-068-0068 โทรสาร : 02-591-8445      E-mail : <a href="mailto:katchams@fda.moph.go.th">katchams@fda.moph.go.th</a></p>				



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)												
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข												
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์												
ลักษณะ	Leading Indicator												
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล และ รพ.สต.												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	68. จำนวนคำรับยาแผนไทย												
คำนิยาม	คำรับยาแผนไทยแห่งชาติ หมายถึง คำรับยาแผนไทยของชาติ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 โดยผ่านการกลั่นกรอง คัดเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ ให้เป็นคำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่เหมาะสมกับการนำไปผลิตและใช้ในการดูแลสุขภาพ และรักษาตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย คำรับยาแผนไทย หมายความว่า สูตรซึ่งระบุกรรมวิธีการผลิตและส่วนประกอบสิ่งปรุงรรมที่มียาแผนไทยรวมอยู่ด้วยไม่ว่าสิ่งปรุงรรมนั้นจะมีรูปลักษณะใด												
<b>เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2560</b> สํารวจ ตรวจสอบ รวบรวม และจัดทำทะเบียนภูมิปัญญา(คำรับยาแผนไทย) อย่างน้อยอำเภอละ 20 คำรับ													
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การคิดคะแนน (จำนวนคำรับยาแผนไทยที่ได้รับการรวบรวมและขึ้นทะเบียน)</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่า 20 คำรับ</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>จำนวน 16 – 20 คำรับ</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>จำนวน 11 – 15 คำรับ</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>จำนวน 6 – 10 คำรับ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>จำนวน 1 – 5 คำรับ</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		เกณฑ์การคิดคะแนน (จำนวนคำรับยาแผนไทยที่ได้รับการรวบรวมและขึ้นทะเบียน)	คะแนน	มากกว่า 20 คำรับ	5	จำนวน 16 – 20 คำรับ	4	จำนวน 11 – 15 คำรับ	3	จำนวน 6 – 10 คำรับ	2	จำนวน 1 – 5 คำรับ	1
เกณฑ์การคิดคะแนน (จำนวนคำรับยาแผนไทยที่ได้รับการรวบรวมและขึ้นทะเบียน)	คะแนน												
มากกว่า 20 คำรับ	5												
จำนวน 16 – 20 คำรับ	4												
จำนวน 11 – 15 คำรับ	3												
จำนวน 6 – 10 คำรับ	2												
จำนวน 1 – 5 คำรับ	1												
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มจำนวนของคำรับยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ครอบคลุมการรักษาโรค และเสริมสร้างสุขภาพ นำไปสู่การขึ้นทะเบียน ผลิตและจำหน่ายอย่างเพียงพอ สามารถทดแทนการนำเข้ายาจากต่างประเทศ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมอพื้นบ้าน ในเขตรับผิดชอบ												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจคำรับยาแผนไทยของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ												
แหล่งข้อมูล	รายงานทะเบียนภูมิปัญญา (คำรับยาสมุนไพรของแต่ละอำเภอ)												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคำรับยาแผนไทยที่ได้รับการสำรวจ รวบรวม												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนคำรับหรือสูตรยาที่ได้รับการสำรวจ												
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน/ปี												

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน			
-สำรวจตำรับยาสมุนไพร -ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องข้อมูล -จัดทำทะเบียนภูมิปัญญาฯ(ตำรับฯ/ตำรา) อย่างน้อย 10 รายการ -บันทึกข้อมูลในเวปไซต์กรมแพทย์แผนไทย(สสจ.)		-สำรวจ ตำรับยาสมุนไพร ตำราการแพทย์แผนไทย - จัดทำทะเบียนภูมิปัญญาฯ(ตำรับฯ/ตำรา) อย่างน้อย 20 รายการ -บันทึกข้อมูลในเวปไซต์กรมแพทย์แผนไทย (สสจ.)			
วิธีการประเมินผล :	ทะเบียนภูมิปัญญาฯ จำนวนตำรับยาสมุนไพร				
เอกสารสนับสนุน :	แบบสำรวจตำรับยาสมุนไพร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		ตำรับ	2557	2558	2559
			-	43	152
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกัญญา เทพรัตนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร :		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840 E-mail :kanya.m2007@gmail.com		
	2. นางสาวหทัยชนก บุญปก โทรศัพท์ที่ทำงาน: 037-425141 โทรสาร:		แพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 099-1013003 E-mail : aomm7205@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวกัญญา เทพรัตนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร :		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840 E-mail :kanya.m2007@gmail.com		
	2. นางสาวหทัยชนก บุญปก โทรศัพท์ที่ทำงาน: 037-425141 โทรสาร:		แพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 099-1013003 E-mail : aomm7205@gmail.com		

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	69. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ				
คำนิยาม	<p>1. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านชั้นสูตรโรคและด้านคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>2. การพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านชั้นสูตรโรคและด้านคุ้มครองผู้บริโภคไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ</p> <p>3. คำจำกัดความของคำว่า "นวัตกรรม" คือ เป็นผลงานที่มีความใหม่ ที่ผ่านการทดสอบว่าสามารถใช้ได้จริง และมีการนำไปใช้ประโยชน์เรียบร้อยแล้ว เช่น การทดสอบใหม่ที่ผ่านการ validate แล้ว นำไปเปิดให้บริการ และมีผู้ส่งตัวอย่างมาขอรับบริการแล้ว โดยระดับความเป็นนวัตกรรมสามารถแบ่งเป็นนวัตกรรมระดับกรม ระดับชาติ หรือระดับนานาชาติ</p>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
จัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	ร้อยละของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 25	ร้อยละของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 50	ร้อยละของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 75	ร้อยละของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 100	ร้อยละของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านชั้นสูตรโรคและด้านคุ้มครองผู้บริโภคมีการนำไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในภารกิจด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนชาวไทย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม 2. ประเมินผลนวัตกรรมที่มีการนำไปใช้				
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ถูกนำไปใช้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานข้อมูลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				



ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ฐานข้อมูลนวัตกรรม 1 ฐานข้อมูล	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				25	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				50	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				75	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารผลงานเชิงวิชาการนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ปี 2559 จัดทำโดยคณะทำงานพัฒนานวัตกรรมและผลิตภัณฑ์ภายใต้คณะกรรมการระบบบริหารคุณภาพกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ผลงานเชิง นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	-	-	-	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.h</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางเดือนถนอม พรหมขัติแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5910000 โทรสาร : 02-9511297 สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>2. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.h</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868 กองแผนงานและวิชาการ</p> <p>2. นางสาวสมฤดี พิณีอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868</p> <p>3. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.h</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : budget_plan@dmsc.mail.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.h</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล / รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัด	70.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานวิจัยและนวัตกรรมการบริการด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานวิจัยและนวัตกรรมแพทย์แผนไทย หมายถึง โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการดำเนินงานการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีกระบวนการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม ที่เป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนมีการเผยแพร่ (ประกวด ตีพิมพ์ นำเสนอผ่านเวทีวิชาการต่างๆ ในระดับจังหวัดขึ้นไป) เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์
เกณฑ์เป้าหมาย	1. โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการดำเนินงานการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีผลการวิจัย หรือ นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 1 เรื่อง/ปี/อำเภอ (ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน) 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการดำเนินงานการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีกรณีศึกษา หรือ นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย รพ.สต.ละ 1 เรื่อง/ปี (ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาแพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ให้มีศักยภาพในการขับเคลื่อนด้านวิชาการ การวิจัย/ R2R /นวัตกรรม /กรณีศึกษา ด้านการแพทย์แผนไทย 2. เพื่อให้มีข้อมูลวิชาการสนับสนุนการจัดบริการแพทย์แผนไทย ที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น 3. เพื่อเป็นข้อมูลในการเพิ่มทางเลือกให้แก่แพทย์และผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล 4. เพื่อลดมูลค่าการนำเข้าและการพึ่งพามาจากต่างประเทศ
กลุ่มเป้าหมาย	แพทย์แผนไทย ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. เอกสารการวิจัย/R2R ที่ดำเนินงานในแต่ละช่วง 2. แบบสำรวจการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	1. แบบสำรวจชื่อเรื่องการดำเนินงานวิจัย หรือ R2R (ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน) 2. แบบสำรวจชื่อเรื่องกรณีศึกษา หรือ นวัตกรรม (ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน) 3. เอกสารผลการดำเนินงาน
ระยะเวลาการดำเนินงาน	1 ต.ค.59 ถึง 31 สิงหาคม 2560

เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส				
ระดับกิจกรรม	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ระดับ 1 หน่วยบริการมีการกำหนดหัวข้อวิจัย/R2R/นวัตกรรม/กรณีศึกษา ด้านการแพทย์แผนไทย (1 คะแนน)	/			
ระดับ 2 (1 คะแนน) - รพ./รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้การศึกษาวิจัยที่จังหวัดจัดขึ้นอย่างน้อยอำเภอละ 1 คน (โดยบูรณาการร่วมกับกลุ่มงานทรัพยากรบุคคลฯ) - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การทำกรณีศึกษา/นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย ที่จังหวัดจัดขึ้น รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 20-21 ธ.ค.59 รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 22 – 23 ธ.ค.59	/	/	/	/
ระดับ 3 (1 คะแนน) - หน่วยงานมีผลสำเร็จของการศึกษาวิจัย ถึง บทที่ 3 (ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน) - หน่วยงานมีการดำเนินงานตามกระบวนการกรณีศึกษา (Case Study) ด้านการแพทย์แผนไทย (ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน)		/		
ระดับ 4 (1 คะแนน) - หน่วยงานมีผลสำเร็จของการศึกษาวิจัย ถึง บทที่ 4 (ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน) - หน่วยงานมีการดำเนินงานตามกระบวนการกรณีศึกษา (Case Study) ด้านการแพทย์แผนไทย (ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน)			/	
ระดับ 5 (1 คะแนน) - หน่วยงานมีผลสำเร็จของการศึกษาวิจัย ถึงบทที่ 5 และได้มีการเผยแพร่ (ประกวด นำเสนอผ่านเวทีวิชาการต่างๆในระดับจังหวัดขึ้นไป) - หน่วยงานมีรูปเล่มผลการสรุปกรณีศึกษา (Case Study) ด้านการแพทย์แผนไทย (ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน)			/	/

<b>วิธีการประเมินผล</b>	1. แง่ นับจำนวนครั้งที่เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ (โดยบูรณาการร่วมกับกลุ่มงานทรัพยากรบุคคลฯ) 2. ตรวจสอบเอกสารงานวิจัย 3. ตรวจสอบจากการนำเสนอผลงานวิจัยในช่วงของกระบวนการเรียนรู้ 4. การประเมินผลรอบที่ 1 นับคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน การประเมินผลรอบที่ 2 นับคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 5 เท่ากับ 5 คะแนน
<b>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</b>	1. นางสาวกัญญา เทพรัตน์ะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 083-2420840 2. นางสาวนุชรี บวงสวง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร 080-0962633

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล และ รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัด	71.ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
คำนิยาม	<p>แผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง แผนกำลังคนด้านสุขภาพของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งได้ดำเนินการกำหนดแผนอัตรากำลัง แผนการพัฒนากำลังคน และแผนบริหารกำลังคนของหน่วยบริการ</p> <p>หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p> <p>อัตรากำลัง หมายถึง จำนวนและประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงอยู่ที่หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ซึ่งได้จากระบบข้อมูลของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโปรแกรม HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป.</p> <p>หน่วยบริการที่มีอัตรากำลังสอดคล้องกับแผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีอัตรากำลัง 80-100% ของแผนอัตรากำลังในแผนกำลังคนด้านสุขภาพ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการ (โรงพยาบาล 9 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 107 แห่ง) มีการวางแผนอัตรากำลังคนด้านสุขภาพ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางการของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุข(โรงพยาบาล 9 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 107 แห่ง) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS เทียบกับแผนกำลังคนของหน่วยบริการ</li> <li>2.วิเคราะห์จากข้อมูลรายงานแผนกำลังคน ทุกวันที่ 20 ของเดือน</li> <li>3.วิเคราะห์จากแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยบริการเทียบกับจังหวัด</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลอัตรากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป.</li> <li>2. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละหน่วยบริการ</li> <li>3. แผนกำลังคนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> </ol>
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560

เกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2560 :						
ระดับกิจกรรม						
		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
ระดับ 1 ( 1คะแนน)		/				
1.หน่วยบริการมีผลการวิเคราะห์อัตรากำลัง และผลการวิเคราะห์การส่วนขาดเพื่อการพัฒนาบุคลากร						
2.มีการจัดทำฐานข้อมูลบุคลากรให้เป็นปัจจุบันภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน		/	/	/	/	
ระดับ 2 (1 คะแนน)		/	/			
2.1 หน่วยบริการมีแผนกำลังคนด้านบริหารจัดการบุคลากร (HRM 0.5 คะแนน)						
2.2 หน่วยบริการมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ด้านการพัฒนาบุคลากร (HRD 0.5 คะแนน)		/	/			
ระดับ 3 (1คะแนน)		/	/	/	/	
มีผลสำเร็จการรายงานข้อมูลบุคลากรทุกวันที่ 20 ของเดือน						
คะแนน		0.2	0.4	0.6	0.8	1
รอบ6เดือน จำนวนครั้งที่รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือน		2	3	4	5	6
รอบ12เดือน จำนวนครั้งที่รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือน		4	6	8	10	12
ระดับ 4(1คะแนน)		/	/	/	/	
มีการดำเนินการตามแผน HRM และ HRD						
ระดับ 5 (1 คะแนน)					/	
มีการถอดบทเรียน และสรุปรายงานการถอดบทเรียนการวางแผนกำลังคนทั้งในด้าน HRM และ HRD						
วิธีการประเมินผล :	1.นิเทศงานรอบปกติ ปี ละ 2 ครั้ง 2.ตรวจสอบและวิเคราะห์จากรายงานการวางแผนกำลังคนของหน่วยบริการ 3.รอบ 6 เดือน นับคะแนนจากระดับ 1ถึงระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน นับคะแนนจากระดับ 1 ถึง ระดับ 5 เท่ากับ 5 คะแนน					
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางสาวชุตีพร โดชะนันท์ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ 2. นางสาวธมพร ศรียาโยชน์ นักทรัพยากรบุคคล 3. นางสาวชุตติญา บุญพงษ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพของเขตมีปริมาณที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับการบริการสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทุกสิทธิ รวมทั้งการพัฒนาสู่การบริการสุขภาพในระดับนานาชาติ และพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ โดยในกระบวนการต้องมีองค์ประกอบดังนี้</p> <p><b>1)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง</b> กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ประกอบด้วย</p> <p><u>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals)</u> มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p><u>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)</u> ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p><u>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal)</u> ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์</p> <p><u>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office)</u> ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา เจ้าหน้าที่งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่งานธุรการ</p> <p><u>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน</u> ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p><b>2)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง</b> กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ</p>



- 3)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผน/จัดสรร/ติดตามการใช้งบประมาณที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการ/พัฒนาากำลังคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด
- 4)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์
- 5)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการบริหารจัดการที่เขตดำเนินการส่งผลกระทบต่อปัจจัยเกี่ยวข้องต่างๆ เช่น การวางแผนความต้องการและพัฒนากุศลกรในเขต/บุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการแก่ประชาชน เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม
- เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	1.แผนความต้องการพัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) ของเขตสุขภาพมีความครอบคลุมกำลังคนทุกกลุ่มสาขา/วิชาชีพ และทุกมิติ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี) 2.การแผนพัฒนากุศลกร ของเขตมีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวงสาธารณสุขและประเทศ	แผนพัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุม 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ตามเกณฑ์ที่กำหนด) ในทุกระดับบริการ	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	1.ประเมินการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน(คน เงิน ของ)ของเขตสุขภาพด้านการพัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพ 2.ประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคนในเขต	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5

	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการพัฒนา กำลังคน	การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	4.การบริหาร จัดการด้านการ ผลิตและพัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรรบุคลากรมีการกระจาย อย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวน และศักยภาพ) 2.การกำหนดเป้าหมายการผลิตและ พัฒนา และดำเนินการพัฒนา กำลังคนให้มีความสอดคล้องกับ ความต้องการของเขต	มีการพัฒนา บุคลากรได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	5.การ ประเมินผล กระทบของ ระบบการ บริหารจัดการ การผลิตและ พัฒนา กำลังคน ของเขตสุขภาพ	1.ระบบการบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ และการแก้ไขปัญหา การผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตมีความ เหมาะสม สอดคล้องกับ นโยบาย 2.การลดข้อร้องเรียนและ การต่อรอง ทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความ เสียหายในระดับประเทศ	จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตราการ ย้าย ลาออก/ จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลงปีละ ร้อยละ 10	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5

เกณฑ์เป้าหมาย : เฉลี่ย 5 ปีเขตสุขภาพต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปร้อยละ 100 และในแต่ละปี กำหนดให้ร้อยละของเขตสุขภาพที่ผ่านระดับ 5 ไว้ดังตารางนี้

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	การสำรวจ /การรวบรวมงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3) วิเคราะห์ผลการนิเทศตรวจราชการ
แหล่งข้อมูล	หน่วย CHRO ของเขต หรือ จังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3 ใน 5 องค์ประกอบ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ไตรมาส 2 และ 3

ประเมินผล					
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 2	7 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 3			
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 3	8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 4			
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5			
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 4	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5			
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 4	ทุกเขต (12 เขต) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5			
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ และคำนวณตามสูตร				
เอกสารสนับสนุน :	แผนผลิตและพัฒนากำลังคนของเขต/เรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับเขต				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	50

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางอริยา สุขลิ้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901819 โทรสาร : 02-5901820</p> <p><b>กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์</b></p> <p>2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>3. นางเบญจพร ทิพยผลาผลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901831 โทรสาร :02-5901830</p> <p>4. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817</p> <p>5. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p><b>สถาบันพระบรมราชชนก</b></p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-8576870 E-mail : ariya975@yahoo.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>นักวิชาการศึกษาพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : Fame1953@hotmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : <a href="mailto:srinuans711@gmail.com">srinuans711@gmail.com</a></p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b> (ระดับส่วนกลาง) สถาบันพระบรมราชชนก</p>		
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817</p> <p>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p><b>สถาบันพระบรมราชชนก</b></p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : <a href="mailto:srinuans711@gmail.com">srinuans711@gmail.com</a></p>

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	73. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การพัฒนาบุคลากร เป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรมเป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ(Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด</p> <p>บุคลากร หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 6 สายงาน ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</li> <li>2. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</li> <li>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</li> </ol> </li> <li>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งาน ทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์</li> <li>4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย ชุรการ การเงิน พัสดุ นิติกร ฯลฯ</li> <li>5. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</li> </ol> <p>ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลัง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
วัตถุประสงค์	ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ระบุในแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการพัฒนาบุคลากร

แหล่งข้อมูล	รายงานผลการพัฒนาจากโรงพยาบาล 9 แห่ง , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(รวมรพ.สต.)/ 9 แห่ง ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง
รายการข้อมูล 1	แผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน
รายการข้อมูล 2	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปี 2560
รายการข้อมูล 3	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดจำแนกตามกลุ่มตามค่านิยาม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	1 ต.ค. 59 – 30 กันยายน 2560 ปีละ 2 ครั้ง
ประเมินผล	

## เกณฑ์การประเมิน :

ระดับกิจกรรม	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ระดับ 1 โรงพยาบาล,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รวมรพ.สต.) มีการจำแนกและสรุปจำนวนบุคลากรแต่ละกลุ่มของหน่วยงาน (1 คะแนน)	/			
ระดับ 2 โรงพยาบาล,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รวมรพ.สต.) มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน (1 คะแนน)	/			
ระดับ 3 มีการผลการพัฒนาบุคลากรเฉลี่ยทุกกลุ่ม ร้อยละ 50 (1 คะแนน)		/		
ระดับ 4 มีการผลการพัฒนาบุคลากรเฉลี่ยทุกกลุ่ม ร้อยละ 80 (1.5 คะแนน)			/	
ระดับ 5 มีรายงานการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)				/

หมายเหตุ การประเมินรอบที่ 1 คิดระดับ 3 เป็นคะแนนเต็ม 5 คะแนน

วิธีการ	รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ และคำนวณตามสูตรที่กำหนด
ประเมินผล :	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวชุตติญา บุญพงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 095 493 0648
ตัวชี้วัด	2.นางณัฐภรณ์ มลิजार นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 082 219 5599

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)														
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ														
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	74. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้														
คำนิยาม	<p>หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life index) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่</p> <p>ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้</p> <p>ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล</p> <p>ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล</p> <p>ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p> <p>ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90											
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน ให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ														
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4														

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	มีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้	หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life index) รายบุคคล มากกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป		
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 60		
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 70		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 80		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 90		
วิธีการประเมินผล :	สำรวจ				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ร้อยละ	2557	2558	2559
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ 1. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sansernx@gmail.com				





หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	75. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้				
คำนิยาม	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) โดยผ่านระบบ Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และหน่วยงานนั้นนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ในการพัฒนาหน่วยงานเพื่อพัฒนาสู่องค์กรที่มีความสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Work Place Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน ให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ				
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Work Place Index) ไปใช้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 50 ของหน่วยงาน มีการประเมินดัชนีองค์กรที่มีมีความสุข (Happy work place) โดยมีผู้ประเมินมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของหน่วยงาน มีการประเมินดัชนีองค์กรที่มีมีความสุข (Happy work place) โดยมีผู้ประเมินมากกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีองค์กรที่มีมีความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีองค์กรที่มีมีความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีองค์กรที่มีมีความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีองค์กรที่มีมีความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีองค์กรที่มีมีความสุข (Happy work place)ไปใช้

วิธีการประเมินผล :	สำรวจ				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u>				
	1. นายสรรเสริญ นามพรหม		ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410		โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454		
	โทรสาร : 02-5901421		E-mail : sansernx@gmail.com		
	<b>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>				
	2. นางนันทพร มานะเนตร		ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารทั่วไป		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901175		โทรศัพท์มือถือ : 081-8319185		
	โทรสาร :		E-mail :		
	<u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u>				
	1. นางสาวจิรพร ทองหอม		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ		
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348		โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908 081-4594871			
โทรสาร : 02-5901421		E-mail : jeerap_15@hotmail.com			
2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน		นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344		โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796			
โทรสาร : 02-5901421		E-mail : sudjaich1@gmail.com			
<b>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>					
3. นางธิดิภัทร คุณหา		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459		โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211			
โทรสาร : 02-5901384		E-mail : inspect.n@gmail.com			
4. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์		นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459		โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346			
โทรสาร : 02-5901384		E-mail : hrh.bps@gmail.com			
<b>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>					
5. นายสถาพร รัตนเทพี		นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901040		โทรศัพท์มือถือ : 092-2818506			
โทรสาร :		E-mail : sa_vi_run@hotmail.com			

	6. นางชุตีมา อมรศักยะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901307 โทรสาร :	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-1882978 E-mailchutima.saengklay@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สสจ.สระแก้ว 037 425 141 – 4 ต่อ 306	

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	76.อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (loss rate)				
คำนิยาม	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ หมายความว่ารวมถึงการออกจากงานทุกเหตุผลโดยเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่ออกจากงานกับจำนวนบุคลากรของหน่วยงาน ทั้งนี้ รวมถึงการลาออก การถูกให้ออกโดยมีความผิด การลดกำลังคนเนื่องจากการลดขนาดเกษียณอายุ และเสียชีวิต				
เกณฑ์เป้าหมาย :	อัตราการสูญเสียบุคลากรทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว) ลดลงจากเดิม ร้อยละ 5 – 9.99				
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการบุคลากรของหน่วยงาน ในเรื่องที่สามารถป้องกันหรือลดการสูญเสียบุคลากรได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลจากรายงานการสูญเสียบุคลากรของทุกหน่วยงาน 2.จัดเก็บข้อมูลจากการกำหนดมาตรการในการป้องกันหรือลดอัตราการสูญเสียบุคลากร				
แหล่งข้อมูล	1.เอกสารคำสั่งที่จัดเก็บในแฟ้มคำสั่ง 2.สรุปรายงานจากการจัดเก็บข้อมูลการสูญเสียบุคลากรของผู้รับผิดชอบงาน 3.แบบสรุปรวิเคราะห์รายงานการสูญเสียบุคลากรของหน่วยงานจำแนกตามสาเหตุการสูญเสีย 4.แบบรายงานการกำหนดมาตรการในการป้องกันหรือลดอัตราการสูญเสียบุคลากร				
รายการข้อมูล 1	A = อัตราบุคลากรที่สูญเสียเดิม				
รายการข้อมูล 2	B = อัตราการสูญเสียที่ลดลง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 สิงหาคม 2560				
เกณฑ์การประเมิน :	ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส ในปีงบประมาณ 2560				
	ระดับกิจกรรม	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	ระดับ 1 ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว บันทึกข้อมูลการสูญเสียบุคลากรให้เป็นปัจจุบัน (1 คะแนน)	/	/	/	/
	ระดับ 2 สรุปรวิเคราะห์รายงานการสูญเสียบุคลากรจำแนกตามสาเหตุของการสูญเสียว่าสาเหตุใดสามารถป้องกันหรือสูญเสียบุคลากร		/		

(1 คะแนน)									
ระดับ 3 หน่วยงานมีการกำหนดมาตรการในการป้องกันหรือลดอัตราการสูญเสียบุคลากร และดำเนินการตามมาตรการ (1 คะแนน)							/	/	/
ระดับ 4 อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพลดลงจากอัตราการสูญเสียเดิมร้อยละ 5 – 9.99 (1 คะแนน)									/
คะแนน	0.6	0.7	0.8	0.9	1				
อัตราที่ลดลง	5	6	7	8	9				
ระดับ 5 มีการรายงานการถอดบทเรียน (1คะแนน)									/
<b>วิธีการประเมินผล :</b>		1.ติดตามและประเมินผลจากการนิเทศงานรอบปกติ 2 รอบ 2.ตรวจสอบจากสรุปผลการดำเนินงานที่หน่วยงานส่งให้ปีละ 2 ครั้ง (เดือนก.พ.และ ส.ค.) 3.คะแนนรอบ 6เดือน เท่ากับ ระดับ 1 ถึง ระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน เท่ากับ ระดับ 1ถึงระดับ 5 เท่ากับ 5 คะแนน							
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>		<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>					
				2557	2558	2559			
			ร้อยละ	-	-	-			
<b>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</b>		1.นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 832 2058 2.นางสาวไพลิน วัฒนะณี นักทรัพยากรบุคคล โทร 095 958 2413							

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	77.ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ
คำนิยาม	หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีอัตรากำลังบุคลากร ไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคน บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ พนักงานราชการลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงฯ และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน แบ่งเป็น สายวิชาชีพ ได้แก่ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย จพ.สาธารณสุข จพ.ทันตสาธารณสุข และ สายสนับสนุน ที่สามารถมีได้ในสถานีนอนามัย
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 70 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีอัตรากำลังบุคลากร ไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS ของ สป. เทียบกับแผนกำลังคนของจังหวัด 2. วิเคราะห์จากรายงานข้อมูลบุคลากร ของจังหวัด กำหนดส่งภายในวันที่ 20 ของเดือน
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลอัตรากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. 2. รายงานข้อมูลบุคลากร ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ส่งให้จังหวัด ในวันที่ 20 ของเดือน 3. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง (FTE2)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2559 – 31 สิงหาคม 2560





ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี					
หมวด	People Excellence				
แผนที่	11 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	รพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	78. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตรวจราชการ ปี 2560)				
คำนิยาม	<p><b>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</b> หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย</p> <p>1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน</p> <p>2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมความดัน เบาหวาน (2) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ต้ม น้ำเปล่า (3) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด (4) ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด (5) บำรุงรักษาจิตใจ และมีผลจากการปฏิบัติทั้ง 5 กิจกรรมของคนในครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะไตเรื้อรัง ลดระยะการป่วยจากระยะที่ 4 เป็นระยะที่ 3 หรืออยู่ในภาวะคงที่ระยะที่ 4</p> <p><b>อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค.</b> หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง</p> <p>กรณีที่ครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวและอยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้</p>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
จำนวน* (คน)	443	735	735	1,404	909
ร้อยละ	50	55	60	65	70
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน</p> <p>2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ</p> <p>3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง</p>				

	<p>เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด</p> <p>4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสม. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและ เชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพ ของชุมชน</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (<a href="http://hdcservice.moph.go.th/">http://hdcservice.moph.go.th/</a>) ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปี 2560 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4</li> <li>- ปี 2561 : 50% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3</li> <li>- ปี 2562 : 50% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่ไม่ซ้ำกับปี 2561</li> <li>- ปี 2563 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 2</li> <li>- ปี 2564 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 1 และ 5</li> </ul> <p>หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก <a href="http://hdcservice.moph.go.th/">http://hdcservice.moph.go.th/</a> ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2559</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานตามฐานข้อมูลและหรือโปรแกรมบนเว็บไซต์ของสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a>			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> $= \frac{\text{รายการข้อมูล 1} \times 100}{\text{รายการข้อมูล 2}}$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จำนวน (คน)	100	200	300	443
ร้อยละ	-	-	20	50
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

จำนวน (คน)	200	400	600	735	
ร้อยละ	-	-	20	55	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
จำนวน (คน)	200	400	600	735	
ร้อยละ	-	-	30	60	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
จำนวน (คน)	400	800	1,200	1,404	
ร้อยละ	-	-	30	65	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
จำนวน (คน)	200	400	600	909	
ร้อยละ			35	70	
วิธีการประเมินผล :	<p>1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. ประเมิน</p> <p>1.1 ศักยภาพครอบครัวของ อสค.</p> <p>1.2 บทบาท (ประเมินคุณภาพ) อสค.</p> <p>พร้อมทั้งนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่าน <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a></p> <p>2. การสุ่มประเมินตามลำดับชั้น ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป</p>				
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)</p> <p>2. หลักสูตร/คู่มือ อสค.</p> <p>3. แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. (ผ่าน <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a>)</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	1.จำนวนอาสาสมัคร ประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ	คน	-	-	295
2. ร้อยละของครอบครัวที่ มีศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร 0 3742 5141 ต่อ 301</p>				

	อีเมล Nark_sawat@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร 0 2193 7000 ต่อ 18724 อีเมล phc.division@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์ หัวหน้างานสุขภาพภาคประชาชน 2. นางภัทรา ผาแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด โทร 0 3742 5141 ต่อ 301 อีเมล Nark_sawat@hotmail.com

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ตจ. รพ. และ สสอ.
ชื่อตัวชี้วัด	79.ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของ การประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ</p> <p>สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลัก ที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงานไป</p> <p>องค์ประกอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ในการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> <li>2. ความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ</li> <li>3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ</li> <li>4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> <li>5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> </ol> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3)ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการ</p>

	<p>ดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะที่ 2 ในปี 2560 คือ 50 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) จำนวนทั้งสิ้น 19 แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 11 ข้อใหญ่ 42 ข้อย่อยเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย :	ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วได้รับทราบแนวทางการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว/รพ.อรัญประเทศ)</li> <li>โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 7 แห่ง</li> <li>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ 9 แห่ง</li> </ol> <p>ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p> <p><i>หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายตามข้อ 1. ข้อ 2. จำนวน 3 หน่วยงาน เป็นหน่วยงาน ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. (จำนวน 3 เครื่องมือ)</i></p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะ

	แบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 (ใน 1 ปี)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560			
เกณฑ์การประเมิน :	ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส ปี 2560			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
วิธีการประเมินผล :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB3 ในไตรมาสที่ 1 ธันวาคม 2559	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 2 มีนาคม 2560	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 3 มิถุนายน 2560	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 4 กันยายน 2560
	หน่วยงานจำนวน 19 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคม 2559) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคม 2560) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายน 2560) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายน 2560)			
เอกสารสนับสนุน	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and			



:	Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	N/A		
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายไพรัชต์วีริต วิริยะภักพงศ์	นางพ้องใส ม่วงประเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 095-9470035 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ 083-7227716 เจ้าพนักงานสาธารณสุข 092-4696562

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ														
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด/เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	80. ร้อยละของการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม														
คำนิยาม	<p>การจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557</p> <p>เวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์</p> <p>ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อให้เน้นรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองราคาร่วมที่ดำเนินการในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	20	20	25	30	30
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
20	20	25	30	30											
วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาของหน่วยงาน แยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อ (สืบราคา/รวม/ราคาอ้างอิง และสอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข/สำนักบริหารการสาธารณสุข)														
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม														
รายการข้อมูล 1	A = มูลค่าการจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 2	B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4														
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				20		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
			20												



หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
โครงการที่	2. พัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	สสจ. รพ. และ สสอ.
ชื่อตัวชี้วัด	81.ระดับความสำเร็จการจัดทำรายงานการควบคุมภายในครบถ้วนและทันเวลาตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544
คำนิยาม	<p><b>การควบคุมภายใน</b> หมายความว่า การที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหารและบุคลากรของหน่วยงาน จัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการควบคุมภายในด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ซึ่งรวมถึง การดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน ด้านความเชื่อถือได้ของรายงานทางการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรี โดยการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ที่ประกอบด้วย การระบุปัจจัยเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง ด้วยการจัดทำระบบขั้นตอนการปฏิบัติงาน ระยะเวลาแล้วเสร็จ และมีการค้นหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในกระบวนการงาน เพื่อนำความเสี่ยงที่มีหรือที่คาดเห็นมาจัดการความเสี่ยงให้หมดไปหรืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้</p> <p><b>ความเสี่ยง (Risk)</b> หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลความสูญเสียเปล่าหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคต และมีผลกระทบหรือทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป้าประสงค์ และเป้าหมายขององค์กร ทั้งในด้านยุทธศาสตร์การปฏิบัติงาน การเงิน และการบริหาร ซึ่งอาจเป็นผลกระทบทางบวกด้วยก็ได้ โดยการวัดจากผลกระทบ (Impact) ที่ได้รับและโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) ของเหตุการณ์</p> <p><b>ความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการ</b> หมายถึง การที่หน่วยงานทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงาน งาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการปฏิบัติราชการโดยมุ่งเน้นการมองเห็นภาพ โดยตลอดปราศจากประเด็นแอบแฝงซ่อนเร้น มีข้อมูลชัดเจน ละเอียด ประกอบการประสานงาน การร่วมมือร่วมใจ และการตัดสินใจ เพื่อทำให้เกิดความโปร่งใสในองค์กร (Corporate transparency) ที่เน้นการขจัดอุปสรรค และ/หรือการอำนวยความสะดวกให้ประชาชน เข้าสู่อข้อมูลข่าวสารขององค์กร กฎหมาย กฎระเบียบ และกระบวนการทำงานโดยสะดวก โดยความโปร่งใสที่ใช้ในการบริหารงาน หมายความว่ารวมถึง การสร้างความเปิดเผย เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งจากภายในและภายนอกหน่วยงานสามารถเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ มีการสื่อสาร การแสดงความรับผิดชอบ พร้อมรับการตรวจสอบ รวมทั้งมีกระบวนการในการติดตามและประเมินผลที่ได้รับ การยอมรับว่าเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ด้วย (แนวทางสร้างมาตรฐานความโปร่งใสของส่วนราชการ : สำนักงาน ก.พ., 2553)</p>
เกณฑ์	ประสิทธิภาพในการจัดทำรายงานผลควบคุมภายในครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ระดับ 5

เป้าหมาย																																										
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและ เห็นความสำคัญต่อ การใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน</p> <p>2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด</p> <p>3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีความ ครบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความ ผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน</p>																																									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p> <p>2. โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว/รพ.อรัญประเทศ)</p> <p>3. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 7 แห่ง</p> <p>4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ 9 แห่ง</p> <p>5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 108 แห่ง</p>																																									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล																																										
แหล่งข้อมูล	รายงานหลักฐานเชิงประจักษ์ รอบที่ 1 รอบที่ 2																																									
รายการข้อมูล 1	-																																									
รายการข้อมูล 2	-																																									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	=																																									
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560																																									
เกณฑ์การประเมิน :	<p>กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงาน และค่าคะแนนตามเป้าหมายของแต่ละรอบการประเมิน (1 ตุลาคม – 30 กันยายน)</p> <p>รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2559 – 31 มีนาคม 2560)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับคะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ระดับที่ 1</th> <th>ระดับที่ 2</th> <th>ระดับที่ 3</th> <th>ระดับที่ 4</th> <th>ระดับที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>ระดับความสำเร็จของการให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 มีคำสั่งกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน</p>	ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5	1	✓					2	✓	✓				3	✓	✓	✓			4	✓	✓	✓	✓		5	✓	✓	✓	✓	✓
ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)																																									
	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5																																					
1	✓																																									
2	✓	✓																																								
3	✓	✓	✓																																							
4	✓	✓	✓	✓																																						
5	✓	✓	✓	✓	✓																																					

	<p>ระดับที่ 2 มีการประชุมมอบนโยบายในที่ประชุม คปสจ./คปสอ. /กบห.</p> <p>ระดับที่ 3 นำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐาน การควบคุมภายใน ของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน</p> <p>ระดับที่ 4 มีผังการดำเนินงาน (Flow Chart) และคำสั่งมอบหมายงาน (Job Description)</p> <p>รายบุคคล</p> <p>ระดับที่ 5 การจัดทำรายงานระดับองค์กร แบบ ปอ.1 แบบ ปอ.2 แบบ ปอ.3 แล้วเสร็จภายใน 90วัน นับจาก สิ้นปีงบประมาณ(ภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2559)</p> <p>กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 แล้วเสร็จภายใน 60 วัน นับจากสิ้นปีงบประมาณ (ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2559)</p> <p>รอบที่ 2 (1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560)</p> <p>ระดับความสำเร็จของการให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="437 786 1481 1182"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับคะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ระดับที่ 1</th> <th>ระดับที่ 2</th> <th>ระดับที่ 3</th> <th>ระดับที่ 4</th> <th>ระดับที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>ระดับที่ 1 มีรายงานการประชุม คณะกรรมการควบคุมภายใน (คปสจ./คปสอ./กบห)</p> <p>ระดับที่ 2 ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐาน การควบคุมภายในของ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน</p> <p>ระดับที่ 3 มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>ระดับที่ 4 มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน รายงานรอบ 6 เดือน (15เมย.60)</p> <p>ระดับที่ 5 มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน รายงานรอบ 12เดือน (15ตค.60)</p>	ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5	1	✓					2	✓	✓				3	✓	✓	✓			4	✓	✓	✓	✓		5	✓	✓	✓	✓	✓
ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)																																									
	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5																																					
1	✓																																									
2	✓	✓																																								
3	✓	✓	✓																																							
4	✓	✓	✓	✓																																						
5	✓	✓	✓	✓	✓																																					
วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงาน และค่าคะแนนตามเป้าหมายของแต่ละรอบการประเมิน (1 ตุลาคม – 30 กันยายน)																																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	N/A																																									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายไพรัชต์วีริต วิริยะภักตพงศ์      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ      095-9470035</p> <p>นางผ่องใส ม่วงประเสริฐ      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ      083-7227716</p> <p>นางวรางคณา ศิวาลัย      เจ้าพนักงานสาธารณสุข      092-4696562</p>																																									

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
โครงการที่	2. พัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	กรม
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ/ คุณภาพ	82. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการของส่วนราชการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ (PMQA)
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง หน่วยงานที่ปรากฏตามพระราชบัญญัติ ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2554 หมวด 19 มาตรา 43 กระทรวงสาธารณสุข มีส่วน ราชการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. กรมสุขภาพจิต</li> <li>3. กรมควบคุมโรค</li> <li>4. กรมอนามัย</li> <li>5. กรมการแพทย์</li> <li>6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</li> <li>7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</li> <li>8. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> <li>9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</li> </ol> <p>เกณฑ์คุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) หมายถึง เกณฑ์ที่ส่วนราชการนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการ ตรวจสอบทุกภาคส่วนของระบบ บริหารงาน การพัฒนาปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ โดยตระหนักถึงคุณค่าที่ส่งมอบแก่ผู้รับบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม เกณฑ์ PMQA เป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับเรื่องสำคัญ 7 ด้านในการบริหารและดำเนินงานของส่วนราชการ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การนำองค์การ</li> <li>2. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์</li> <li>3. การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</li> <li>4. การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้</li> <li>5. การมุ่งเน้นบุคลากร</li> <li>6. การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ</li> <li>7. ผลลัพธ์การดำเนินการ</li> </ol>

## เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546</li> <li>2. เพื่อให้ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2558</li> <li>3. เพื่อให้ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกหมวดที่มีผลงานโดดเด่นส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวด</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 กรม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลของกลุ่มพัฒนาระบบบริหารทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ/ กลุ่มพัฒนาระบบบริหารทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

#### เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกกรมทบทวนและจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ได้แล้วเสร็จ</li> <li>- ทุกกรมดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA และคัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินการที่โดดเด่นส่งสมัครขอรับรางวัลรายหมวด รอบที่ 1 ส่งสำนักงาน ก.พ.ร. ภายในระยะเวลาที่กำหนด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกกรมรับทราบผลการพิจารณาผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 และส่งเอกสาร Application Report ฉบับสมบูรณ์ให้สำนักงาน ก.พ.ร. ภายในเวลาที่กำหนด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกกรมรับทราบผลการพิจารณาผ่านเกณฑ์รอบที่ 2 และได้รับแจ้งการตรวจประเมิน ณ พื้นที่ (Site visit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ได้รับรางวัลรายหมวด ไม่น้อยกว่า 2 กรม คิดเป็นร้อยละ 20</li> </ul>

เงื่อนไข: ใช้ผลการพิจารณาตัดสินรางวัล PMQA จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ปีละ 1 ครั้ง ช่วงเดือนกันยายน



ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560				ร้อยละ 40	
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560				ร้อยละ 60	
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560				ร้อยละ 80	
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560				ร้อยละ 100	
วิธีการประเมินผล :	ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน			
	1	ทบทวนและจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร 13 คำถาม			
		0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน
		5	7	9	11
					1 คะแนน
					13
2	- ประเมินเทียบกับเกณฑ์ PMQA ปี 2558 และคัดเลือกหมวดที่มี ผล การดำเนินการที่โดดเด่นส่งสมัครรับรางวัล PMQA (0.50 คะแนน) - จัดทำเอกสารส่งสมัครรับรางวัล PMQA รอบที่ 1 ตามแบบฟอร์ม ที่ สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด และภายในระยะเวลาที่กำหนด (0.50 คะแนน)				
3	- ผลการพิจารณาเอกสารส่งสมัครรับรางวัล PMQA รอบที่ 1 ไม่ผ่าน (0.00 คะแนน) - ผลการพิจารณาเอกสารส่งสมัครรับรางวัล PMQA รอบที่ 1 ผ่าน (0.50 คะแนน) - จัดทำเอกสารเพิ่มเติมรอบที่ 2 ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาระบบราชการกำหนด ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด (0.50 คะแนน)				
4	- ผลการพิจารณาเอกสารเพิ่มเติม รอบที่ 2 ไม่ผ่าน (0.00 คะแนน) ผลการพิจารณาเอกสารเพิ่มเติม รอบที่ 2 ผ่าน (0.50 คะแนน) - ได้รับการตรวจประเมิน ณ พื้นที่ (Site visit) (0.50 คะแนน)				
5	- ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด ร้อยละ 20				

เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <a href="http://www.opdc.go.th/">http://www.opdc.go.th/</a>																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัดใหม่																												
	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																										
	ร้อยละของส่วนราชการใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์คุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด	ร้อยละ	2557	2558	2559																								
22.20 (2 กรัม)			22.20 (2 กรัม)	55.50 (5 กรัม)																									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="464 678 815 790">1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณค์</td> <td data-bbox="815 678 1493 790">นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 790 815 857">โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</td> <td data-bbox="815 790 1493 857">โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 857 815 902">โทรสาร :</td> <td data-bbox="815 857 1493 902">E-mail : suwanna_oey@yahoo.com</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 902 815 969">2. น.ส.อังคณา คั้วเมืองวิเชียร</td> <td data-bbox="815 902 1493 969">นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 969 815 1037">โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</td> <td data-bbox="815 969 1493 1037">โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1037 815 1081">โทรสาร :</td> <td data-bbox="815 1037 1493 1081">E-mail : lkung1038@gmail.com</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1081 815 1149">3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน</td> <td data-bbox="815 1081 1493 1149">นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1149 815 1216">โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</td> <td data-bbox="815 1149 1493 1216">โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1216 815 1261">โทรสาร :</td> <td data-bbox="815 1216 1493 1261">E-mail : A.deethongon@gmail.com</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1261 815 1328">4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาตีพันธ์</td> <td data-bbox="815 1261 1493 1328">นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1328 815 1395">โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</td> <td data-bbox="815 1328 1493 1395">โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1395 815 1406">โทรสาร : 02-5901406</td> <td data-bbox="815 1395 1493 1406">E-mail : trekrittikas@gmail.com</td> </tr> </table>					1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณค์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038	โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052	โทรสาร :	E-mail : suwanna_oey@yahoo.com	2. น.ส.อังคณา คั้วเมืองวิเชียร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038	โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277	โทรสาร :	E-mail : lkung1038@gmail.com	3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038	โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444	โทรสาร :	E-mail : A.deethongon@gmail.com	4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาตีพันธ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038	โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954	โทรสาร : 02-5901406	E-mail : trekrittikas@gmail.com
1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณค์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ																												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038	โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052																												
โทรสาร :	E-mail : suwanna_oey@yahoo.com																												
2. น.ส.อังคณา คั้วเมืองวิเชียร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน																												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038	โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277																												
โทรสาร :	E-mail : lkung1038@gmail.com																												
3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน																												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038	โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444																												
โทรสาร :	E-mail : A.deethongon@gmail.com																												
4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาตีพันธ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน																												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038	โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954																												
โทรสาร : 02-5901406	E-mail : trekrittikas@gmail.com																												
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																												
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="464 1518 815 1574">1. นางภารวี แก้วพินนา</td> <td data-bbox="815 1518 1493 1574">ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1574 815 1641">โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018</td> <td data-bbox="815 1574 1493 1641">โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1641 815 1686">โทรสาร : 02-5901406</td> <td data-bbox="815 1641 1493 1686">E-mail : Paravee.kpr@gmail.com</td> </tr> </table> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					1. นางภารวี แก้วพินนา	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018	โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079	โทรสาร : 02-5901406	E-mail : Paravee.kpr@gmail.com																		
1. นางภารวี แก้วพินนา	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร																												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018	โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079																												
โทรสาร : 02-5901406	E-mail : Paravee.kpr@gmail.com																												

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี				
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)			
ลักษณะ	Leading Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	83.1 ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย			
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (IU Defined) ของโรงพยาบาลไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ฯลฯ			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ไม่น้อยกว่า 25 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %	ไม่น้อยกว่า 45 %
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข			
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	สาเหตุการตาย : 9 โรงพยาบาลใน จ.สระแก้ว			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย			
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล จ.สระแก้ว ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดใน จ.สระแก้ว			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สาเหตุการตาย : $(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
สาเหตุการตาย				
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2560		ไม่น้อยกว่า 25 %		ไม่น้อยกว่า 25 %
2561		ไม่น้อยกว่า 30 %		ไม่น้อยกว่า 30 %
2562		ไม่น้อยกว่า 35 %		ไม่น้อยกว่า 35 %
2563		ไม่น้อยกว่า 40 %		ไม่น้อยกว่า 40 %
2564		ไม่น้อยกว่า 45 %		ไม่น้อยกว่า 45 %
วิธีการประเมินผล :	สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร)			



ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี				
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)			
ลักษณะ	Leading Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล และ รพ.สต.			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	83.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ			
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และคุณภาพการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 1.1 คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 1.2 คุณภาพการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์ และสุขภาพตามเอกสารการประเมินคุณภาพข้อมูลฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ไม่น้อยกว่า 80 %	1. ไม่น้อยกว่า 90 %	1. ไม่น้อยกว่า 95 %	1. ไม่น้อยกว่า 95 %	1. ไม่น้อยกว่า 95 %
วัตถุประสงค์	เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC)			
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ : หน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ 2. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย			
แหล่งข้อมูล	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 3. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ข้อมูลบริการสุขภาพ : $(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน				
ข้อมูลบริการสุขภาพ				
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2560		ไม่น้อยกว่า 80 %		ไม่น้อยกว่า 80 %
2561		ไม่น้อยกว่า 90 %		ไม่น้อยกว่า 90 %



ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี					
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	84. ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))				
คำนิยาม	Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบสุขภาพ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	80	80	80	80	80
วัตถุประสงค์					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจ				
แหล่งข้อมูล					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ (เป้าหมายแต่ละปี)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการทั้งหมด (เป้าหมายแต่ละปี)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง (เดือน มีนาคม, สิงหาคม)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 : ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50	60	70	80	
ปี 2561 : ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50	60	70	80	
ปี 2562 : ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50	60	70	80	
ปี 2563 : ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50	60	70	80	





ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)										
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ										
โครงการที่	2. พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	จังหวัด										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	85. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)										
คำนิยาม	Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้										
เกณฑ์เป้าหมาย											
	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>95</td> <td>80</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ระดับ 4	75	80	95	80
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ระดับ 4	75	80	95	80							
วัตถุประสงค์	เพิ่มโอกาสการประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัยทั่วถึง และเท่าเทียม ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนสามารถเข้าข้อมูลสุขภาพในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และสามารถควบคุมดูแลจัดการข้อมูลของตนเองได้										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจ										
แหล่งข้อมูล											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (เป้าหมายแต่ละปี)										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชุกลุ่มเป้าหมาย (เป้าหมายแต่ละปี)										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง (เดือน มีนาคม สิงหาคม)										
เกณฑ์การประเมิน											
ปี 2560 : ระดับความสำเร็จในการประกาศมาตรฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง											
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1	2	3	4		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
1	2	3	4								
ปี 2561 : ร้อยละ สถานพยาบาล ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลการส่งต่อของตนเองได้											
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>20</td> <td>50</td> <td>75</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	10	20	50	75		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
10	20	50	75								
ปี 2562 : ร้อยละ สถานพยาบาล ระดับระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่ผู้ป่วยโรค NCD สามารถเข้าถึงข้อมูล ของตนเองได้											
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		60	70	80		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
	60	70	80								



หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	86. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$				
คำนิยาม	<p>ก. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ</p> <p>ข. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกันสังคม</p> <p>ค. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>ง. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ</p> <p>เป็นการเปรียบเทียบระหว่างค่า ก ข และ ค และ ง โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ก ต้องมีค่าไม่ต่างจาก ง <math>\pm 10\%</math></li> <li>▪ ข ต้องมีค่าไม่ต่างจาก ง <math>\pm 10\%</math></li> <li>▪ ค ต้องมีค่าไม่ต่างจาก ง <math>\pm 10\%</math></li> </ul>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า	ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า	ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า	ค่าความต่างไม่เกิน $\pm 10\%$	ค่าความต่างไม่เกิน $\pm 10\%$
วัตถุประสงค์	ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ</li> <li>▪ ระบบประกันสังคม และ</li> <li>▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> </ul>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก <ul style="list-style-type: none"> <li>- รวบรวมรายจ่ายสุขภาพของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก</li> <li>- รวบรวมจำนวนสมาชิกทั้งหมดของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก และ จำนวนสมาชิกแยกตามกลุ่มอายุ (อ้างอิงกลุ่มอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ *)</li> </ul>				

แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก		
รายการข้อมูล 1	A = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ		
รายการข้อมูล 2	B = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบ ประกันสังคม		
รายการข้อมูล 3	C = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกัน สุขภาพแห่งชาติ		
รายการข้อมูล 4	D = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบ หลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/D) \times 100$ ต้องไม่เกินกว่า $\pm 10\%$ 2. $(B/D) \times 100$ ต้องไม่เกินกว่า $\pm 10\%$ 3. $(C/D) \times 100$ ต้องไม่เกินกว่า $\pm 10\%$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ค่าความต่างต้องไม่มากกว่าหรือ ต้องลดลงจากปี 2559
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ค่าความต่างต้องไม่มากกว่าหรือ ต้องลดลงจากปี 2560
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ค่าความต่างต้องไม่มากกว่าหรือ ต้องลดลงจากปี 2561
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ค่าความต่างต้องไม่มากกว่าปี 2562 และต้องไม่เกิน $\pm 10\%$
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ค่าความต่างต้องไม่มากกว่าปี 2563 และต้องไม่เกิน $\pm 10\%$



หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	87. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ				
คำนิยาม	การจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ปรึกษาหารือ และตกลงร่วมกันในหัวข้อ (ก) วิธีการจ่ายเงิน <u>หนึ่งวิธีตัวอย่าง</u> และ (ข) อัตราการจ่ายเงินจากนั้นติดตามและประเมินผล - เก็บข้อมูล base line	ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของอัตราการจ่ายเงินลดลง ร้อยละ 5	ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของอัตราการจ่ายเงินลดลงร้อยละ 5	ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของอัตราการจ่ายเงินลดลงร้อยละ 5	ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของอัตราการจ่ายเงินเป็นศูนย์ (ไม่ต่างกันเลย)	
วัตถุประสงค์	ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ</li> <li>▪ ระบบประกันสังคม และ</li> <li>▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> </ul>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก <ul style="list-style-type: none"> <li>- รวบรวมอัตราการจ่ายเงินด้วย DRG (เป็นบาทต่อ RW) ของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลักให้แก่โรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้ง โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</li> <li>- รวบรวมรายการและอัตราการจ่ายเงินวัสดุการแพทย์ราคาแพงและยาราคาแพงที่มีการจ่ายเฉพาะเจาะจงตามรายการ ของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลักให้แก่โรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้ง โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน</li> </ul>				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก				

รายการข้อมูล 1	-		
รายการข้อมูล 2	-		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ปรึกษาหารือ และตกลงร่วมกันในหัวข้อ (ก) วิธีการจ่ายเงินหนึ่งวิธีตัวอย่าง และ(ข) อัตราการจ่ายเงิน จากนั้นติดตามและประเมินผล – เก็บข้อมูล base line
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของ อัตราการจ่ายเงินลดลงร้อยละ 5
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของ อัตราการจ่ายเงินลดลงร้อยละ 5
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของ อัตราการจ่ายเงินลดลงร้อยละ 5
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของ อัตราการจ่ายเงินเป็นศูนย์ (ไม่ต่างกันเลย)
วิธีการประเมินผล :	1. จัดเก็บข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก 2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับเป้าหมายในแต่ละปี		
เอกสารสนับสนุน :	หนังสือ SAFE		





หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	88. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2560														
คำนิยาม	<p>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ซึ่งในที่นี้เรียกว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน และได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาล โดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ประชากรเป้าหมายปี 2560 = 1,500,000 ราย          ประชากรเป้าหมายปี 2561 = 1,550,000 ราย          ประชากรเป้าหมายปี 2562 = 1,600,000 ราย          ประชากรเป้าหมายปี 2563 = 1,650,000 ราย          ประชากรเป้าหมายปี 2564 = 1,700,000 ราย</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ต่ำกว่าร้อยละ 80.5</td> <td>ร้อยละ 80.5-85.4</td> <td>ร้อยละ 85.5-90.4</td> <td>ร้อยละ 90.5-95.4</td> <td>ร้อยละ 95.5 ขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table>					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 80.5	ร้อยละ 80.5-85.4	ร้อยละ 85.5-90.4	ร้อยละ 90.5-95.4	ร้อยละ 95.5 ขึ้นไป
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
ต่ำกว่าร้อยละ 80.5	ร้อยละ 80.5-85.4	ร้อยละ 85.5-90.4	ร้อยละ 90.5-95.4	ร้อยละ 95.5 ขึ้นไป											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน</li> <li>เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดสระแก้ว														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)														
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลบันทึกผลการปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ของแต่ละจังหวัด														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานในแต่ละจังหวัดที่บันทึกในระบบ ITEMS														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นเป้าหมายปี 2560 (รอกำเป้าหมายของสระแก้ว)														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4														

เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5	
ปี 2561 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5	
ปี 2562 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5	
ปี 2563 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5	
ปี 2564 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5	
วิธีการประเมินผล :	1. มีระบบตรวจสอบ (Audit) เอกสารแบบฟอร์มการปฏิบัติงาน 2. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบ ITEMS			
เอกสารสนับสนุน :	1. ข้อมูลในระบบฐานข้อมูล ITEMS 2. รายงานการตรวจสอบแบบฟอร์มการปฏิบัติงานในระบบ Audit			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	1,337,035	ครั้ง	1,277,985	1,337,035
			2559	954,565
	ปี 2559 ผลงาน 8 เดือน			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4 โทรศัพท์มือถือ : 081-9407947 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100 : somkeat_sk@hotmail.com 2. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141-4 โทรศัพท์มือถือ : 081-2950985 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ 100 E-mail : abc1669@hotmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ	1. นายสมบัติ พึ่งเกษม			

ดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 37245141- โทรศัพท์มือถือ : 081-2950985 โทรสาร : 0 37245141-4 ต่อ E-mail : 100สำนักกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ <a href="mailto:abc1669@hotmail.com">abc1669@hotmail.com</a>
-----------	---

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																					
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																					
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน																					
ลักษณะ	Lagging Indicator																					
ระดับการวัดผล	ประเทศ																					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	89. ครั้วเรื้อนที่ต้องกลายเป็นครั้วเรื้อนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment)																					
คำนิยาม	<p>ครั้วเรื้อนที่ต้องกลายเป็นครั้วเรื้อนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คำนวณจากจำนวนครั้วเรื้อนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน แต่ภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วครั้วเรื้อนตกอยู่ใต้เส้นความยากจน</p> <p>หมายเหตุ : อ้างอิงจาก เป้าประสงค์ความเพียงพอ และความเป็นธรรม ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 7 ของข้อเสนอการคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (SAFE) : อ้างอิงจากเป้าหมาย 3.8 (financial risk protection) เป้าประสงค์ที่ 3 ของ sustainable Development Goal(SDG)</p>																					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ไม่เกิน 0.47</td> <td>-</td> <td>ไม่เกิน 0.44</td> <td>-</td> <td>ไม่เกิน 0.4</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีที่ 5</td> <td>ปีที่ 10</td> <td>ปีที่ 15</td> <td>ปีที่ 20</td> </tr> <tr> <td>ไม่เกิน 0.4</td> <td>ไม่เกิน 0.2</td> <td>ไม่เกิน 0.1</td> <td>0</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 0.47	-	ไม่เกิน 0.44	-	ไม่เกิน 0.4	ปีที่ 5	ปีที่ 10	ปีที่ 15	ปีที่ 20	ไม่เกิน 0.4	ไม่เกิน 0.2	ไม่เกิน 0.1	0
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																		
ไม่เกิน 0.47	-	ไม่เกิน 0.44	-	ไม่เกิน 0.4																		
ปีที่ 5	ปีที่ 10	ปีที่ 15	ปีที่ 20																			
ไม่เกิน 0.4	ไม่เกิน 0.2	ไม่เกิน 0.1	0																			
วัตถุประสงค์	เพื่อกำกับ ติดตาม สถานการณ์การประสพภาวะกลายเป็นครั้วเรื้อนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน																					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจทุกปี																					
แหล่งข้อมูล	การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครั้วเรื้อนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลเส้นความยากจน ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ																					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้วเรื้อนที่อยู่เหนือเส้นความยากจนที่กลายเป็นครั้วเรื้อนภายใต้เส้นความยากจนภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล																					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้วเรื้อนทั้งหมด																					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ทุก 2 ปี)																					

เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				0.47
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				-
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				0.44
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				-
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				0.40
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ซึ่งทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลเส้นความยากจนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ			
เอกสารสนับสนุน :	รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลฯ โดย IHPP			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
		ร้อยละ	2557	2558
			0.47	2559
				รอข้อมูล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกาญจนา ศรีชมพู โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 02-143-9741		หัวหน้ากลุ่มงาน โทรศัพท์มือถือ : 089-9696482 E-mail : kanchana.s@nhso.go.th	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกาญจนา ศิริโกมล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 02-143-9741		ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพท์สุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 084 439-0152 E-mail : kanjana.s@nhso.go.th สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			

แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	90. ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP)				
คำนิยาม	<p>รายจ่ายด้านสุขภาพ หมายถึง รายจ่ายในการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค</p> <p>ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) หมายถึง มูลค่าของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตขึ้นภายในประเทศในระยะเวลาหนึ่งโดยไม่นับถึงว่าทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตสินค้าและบริการจะเป็นทรัพยากรของพลเมืองในประเทศหรือเป็นของชาวต่างประเทศ ในทางตรงข้าม ทรัพยากรของพลเมืองในประเทศแต่ไปทำการผลิตในต่างประเทศก็ไม่นับรวมไว้ในผลิตภัณฑ์ในประเทศ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.5	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.5	ไม่เกินร้อยละ 5	ไม่เกินร้อยละ 5.5	ไม่เกินร้อยละ 6
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนรายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยการลงทุนด้านสุขภาพที่เหมาะสม ไม่ควรมีสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมที่ต่ำเกินไปหรือสูงเกินไป				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย และ ผลิตภัณฑ์มวลรวม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ</li> <li>2. รายงานงบประมาณประจำปี สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี</li> <li>3. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ</li> <li>4. National Health Account by country WHO</li> </ol>				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ</li> <li>2. สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี</li> <li>3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ</li> <li>4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>5. World Health Organization</li> </ol>				
รายการข้อมูล 1	A = รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ				
รายการข้อมูล 2	B = ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (การเหลื่อมของข้อมูลประมาณ 2-3 ปี)				

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.5		
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.5		
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่เกินร้อยละ 5		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	--	ไม่เกินร้อยละ 5.5		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่เกินร้อยละ 6		
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลตัวชี้วัดจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ จัดทำโดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	3.6 (2553)	ร้อยละ	3.8	3.8	3.7
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน	1. กัญจนา ติชยาธิคม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902386 โทรสาร : 02-5902385		นักวิจัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kanjana@ihpp.thaigov.net		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. กัญจนา ติชยาธิคม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902386 โทรสาร : 02-5902385		นักวิจัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kanjana@ihpp.thaigov.net สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข		

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	91. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)				
คำนิยาม	รายจ่ายสุขภาพ เป็นรายจ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งรายจ่ายดำเนินงาน และรายจ่ายสะสมทุนจากแหล่งการคลังทั้งภาครัฐ และนอกภาครัฐ ประชากร จำนวนประชากรกลางปีในประเทศไทย				
เกณฑ์เป้าหมาย : บาท					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่น้อยกว่า 5000	5000-6000	5000-7000	5000-8000	ไม่มากกว่า 8000
วัตถุประสงค์	เพื่อดูค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร โดยแสดงถึงการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพไปยังประชาชนทั้งหมด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 2. ประชากรไทยทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด 2. จำนวนประชากรกลางปี				
แหล่งข้อมูล	1. รายงานประชากรของประเทศไทย กระทรวงมหาดไทย 2. รายงานงบประมาณประจำปี สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี 3. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 4. National Health Account by country WHO				
รายการข้อมูล 1	A = บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ				
รายการข้อมูล 2	B = รายงานจำนวนประชากรกลางปี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (การเหลื่อมของข้อมูลประมาณ 2-3 ปี)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ไม่น้อยกว่า 5000	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	5000-6000	



ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	5000-7000		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	5000-8000		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่มากกว่า 8000		
วิธีการประเมินผล :					
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	6,026(2553)	บาท ต่อหัวประชากร	6,777	7,358	7,354
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. กัญจนา ติชยาธิตม นักวิจัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902386 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5902385 E-mail : <a href="mailto:kanjana@ihpp.thaigov.net">kanjana@ihpp.thaigov.net</a> สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับ)					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. กัญจนา ติชยาธิตม นักวิจัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902386 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5902385 E-mail : <a href="mailto:kanjana@ihpp.thaigov.net">kanjana@ihpp.thaigov.net</a> สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	92. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีปัญหาทางการเงินโดยมีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ทำให้ขาดสภาพคล่องหรือมีสถานะการเงินอยู่ในระดับวิกฤติ กำหนดเป็นเกณฑ์วัดเป็น 7 ระดับ ประกอบด้วยดัชนีทางการเงิน 3 กลุ่ม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และ อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio)</li> <li>2) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย ทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital : NWC) และ รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income or EBITDA)</li> <li>3) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน เป็นการคาดการณ์ระยะเวลา ทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือ จะหมดภายในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน</li> </ol> <p>ระดับคะแนนที่แสดงถึงขาดสภาพคล่องหรือวิกฤติสูงสุดคือระดับ 7 โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Current Ratio &lt; 1.5 = 1 คะแนน</li> <li>2) Quick Ratio &lt; 1.0 = 1 คะแนน</li> <li>3) Cash Ratio &lt; 0.8 = 1 คะแนน</li> <li>4) ทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = 1 คะแนน</li> <li>5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน</li> <li>6) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย &lt; 3 เดือน = 2 คะแนน</li> <li>7) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย &lt; 6 เดือน = 1 คะแนน</li> </ol> <p>หน่วยบริการที่มีค่าดัชนีน้อยกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการเข้าสู่สถานะความเสี่ยงทางการเงินและต้องเฝ้าระวัง ซึ่งจะมีการประเมินทุกไตรมาส</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>ระบบข้อมูลบัญชีที่ดีและมีคุณภาพ ของหน่วยบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผลการประเมินผลสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง</p> <p>การบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพมีส่วนสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย												
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64								
8	6	4	2	0								
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน 2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กลุ่มประกันสุขภาพ) รายไตรมาส											
แหล่งข้อมูล	กลุ่มประกันสุขภาพ											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4											
เกณฑ์การประเมิน												
ปี 2560 :												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	8	8	8	8
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
8	8	8	8									
ปี 2561 :												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	6	6	6	6
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
6	6	6	6									
ปี 2562 :												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	4	4	4	4
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
4	4	4	4									
ปี 2563 :												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	2	2	2	2
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
2	2	2	2									
ปี 2564 :												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0	0	0	0
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
0	0	0	0									
วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์											
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน											

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	หน่วยบริการ สังกัด สำนักงาน ปลัด กระทรวง สาธารณสุขที่ ประสบภาวะ วิกฤติทาง การเงิน	ร้อยละ	<u>ไตรมาส</u> 1/57 ร้อยละ 11.58 <u>ไตรมาส</u> 2/57 ร้อยละ 12.13 <u>ไตรมาส</u> 3/57 ร้อยละ 12.91 <u>ไตรมาส</u> 4/57 ร้อยละ 9.18	<u>ไตรมาส</u> 1/58 ร้อยละ 6.31 <u>ไตรมาส</u> 2/58 ร้อยละ 5.76 <u>ไตรมาส</u> 3/58 ร้อยละ 12.19 <u>ไตรมาส</u> 4/58 ร้อยละ 15.65	<u>ไตรมาส</u> 1/59 ร้อยละ 8.71 <u>ไตรมาส</u> 2/59 ร้อยละ 5.04 <u>ไตรมาส</u> 3/59 ร้อยละ 9.83
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 2. นางอมรรัตน์ พิระพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 3. นางนิมอองค์ สายรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576 4. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1574 โทรสาร : 02-5901576 <b>กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>		ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pitalpolb@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง โทรศัพท์มือถือ : E-mail : amonrattana@gmail.com หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nimanong_15@hotmail.com กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : meawrnothai@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1. นายสุรชัย เทียมพูลกลุ่มประกันสุขภาพ สสจ.สระแก้ว โทร 037 425 141 – 4 ต่อ 104				

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	15. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	93. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์														
คำนิยาม	<p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การพยาบาล/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปฏิทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation)</p> <p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การพยาบาล/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ</li> <li>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน ส่วนกลาง</li> </ol>														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>การจแน้งนับผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (สำนักวิชาการสาธารณสุข)</li> <li>1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ</li> <li>1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข</li> <li>1.4 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เข้ารับการประกวดและผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการ</li> </ol> </li> </ol>														

	<p>ประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>1.5 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข และได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ฯ โดยนับเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ 6 ของปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงฉบับที่ 5 ของปีงบประมาณปัจจุบัน (วารสารวิชาการสาธารณสุขผลิต 6 เล่ม/ปี)</p> <p>2. การนิเทศติดตามประเมินผล</p>																																								
แหล่งข้อมูล	<p>1.หน่วยงานส่วนกลาง</p> <p>1.1.สำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ</p>																																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์																																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)																																								
<p><b>เกณฑ์การประเมิน</b></p> <p>ปี 2560 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2563 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>35</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2564 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน+</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				20	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				25	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				30	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				35	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				40
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			20																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			25																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			30																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			35																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			40																																						
วิธีการประเมินผล :	<p>โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว</p> <p><b>ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีดังนี้</b></p> <p>1. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจรจา</p>																																								

	<p>จารุกริจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย</p> <p>2. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ</p> <p>3. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาด้านส่งเสริม รักษา ป้องกัน พื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้</p> <p>4. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ</p>													
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. เว็บไซต์ <a href="http://www.thailand.digitaljournals.org">http://www.thailand.digitaljournals.org</a> ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว</p> <p>2. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่</p> <p>3. บทคัดย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี</p>													
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่</td> <td>ผลงาน</td> <td>117</td> <td>115</td> <td>114</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงาน	117	115	114
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2557	2558	2559										
ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงาน	117	115	114										
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางชนิดา กาจันะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238 โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : numaewssj@hotmail.com</p> <p>2. นางจุฬาร กระเทศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>													
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</p>	<p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>													
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สสจ.สระแก้ว โทร 037 425 141 – 4 ต่อ 306</p>													

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	15. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	94. ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการ ต่อปี														
คำนิยาม	<p><b>การวิจัยด้านสุขภาพ</b> หมายถึง ศึกษาค้นคว้า หาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยี ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข</p> <p><b>งบประมาณที่เกี่ยวกับงานวิจัย</b> หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานใช้จ่ายในการวิจัย เช่น เงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร ค่าใช้จ่ายสำหรับงานสนาม ค่าใช้จ่ายสำนักงาน ค่าครุภัณฑ์ ค่าประมวลผลข้อมูล ค่าพิมพ์รายงาน ค่าจัดประชุมวิชาการ เพื่อปรึกษาเรื่องการดำเนินงาน หรือเพื่อเสนอผลงานวิจัยเมื่อจบโครงการแล้ว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ</p> <p><b>งบดำเนินการ</b> หมายถึง รายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายเพื่อการบริหารงานประจำของหน่วยงาน ได้แก่ รายจ่ายที่จ่ายในลักษณะค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ และค่าสาธารณูปโภค รวมถึงรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายจากงบรายจ่ายอื่นใดในลักษณะรายจ่ายดังกล่าว</p> <p><b>ปีงบประมาณ</b> หมายถึง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม ของปีปัจจุบัน – 30 กันยายน ของปีถัดไป</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อพัฒนานักวิจัยให้มีศักยภาพและเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญด้านวิชาการ การสร้างนวัตกรรม และการเพิ่มประสิทธิภาพในงานด้านสาธารณสุข ภายใต้โครงการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ</li> <li>หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยให้กับนักวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการ</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>กรมการแพทย์</li> <li>กรมควบคุมโรค</li> <li>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</li> <li>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</li> <li>กรมสุขภาพจิต</li> </ol>														



	7. กรมอนามัย 8. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารรายงาน 1.1 สรุปค่าของงบประมาณตามแผนบูรณาการงานวิจัยและพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 1.2 แผนปฏิบัติการตามแผนบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข 1.3 รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงานกระทรวงสาธารณสุข 6 และ 12 เดือน 2. การสอบถามสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มงบประมาณ								
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยงานระดับกรม 2. หน่วยงานระดับเขต/ จังหวัด 3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มงบประมาณ								
รายการข้อมูล 1	A = งบประมาณดำเนินการที่เกี่ยวกับการวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 2	B = งบประมาณดำเนินการทั้งหมดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5%	1.0%	1.5%						
ปี 2561 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5%	1.0%	1.5%						
ปี 2562 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5%	1.0%	1.5%						
ปี 2563 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5%	1.0%	1.5%						
ปี 2564 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5%	1.0%	1.5%						
วิธีการประเมินผล :	1. การตรวจสอบติดตามการใช้จ่ายเงินและผลการดำเนินงาน 2. การประเมินผลการใช้เงินและผลการดำเนินงาน 3. การรายงาน								

เอกสารสนับสนุน :	1. แผนบูรณาการงานวิจัยและพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560-2564 2. สรุปแผนปฏิบัติการด้านวิจัยและพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560-2564 3. รายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการวิจัยกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560-2564				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2557	2558
				2559	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สมควร ทาญพัฒน์ชัยกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : bengouy@hotmail.com 2. นางจิรภฎา วานิชชองกูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : ppproject2016@hotmail.com <b>สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สสจ.สระแก้ว โทร 037 425 141 – 4 ต่อ 306				

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

-จัดทำรายละเอียด KPI	-รูปภาพกิจกรรม	แต่ละกิจกรรม	จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 60
----------------------	----------------	--------------	--

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ -โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้ Website <a href="http://www.kmmoph.com/">http://www.kmmoph.com/</a> -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 70

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ -โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้ Website <a href="http://www.kmmoph.com/">http://www.kmmoph.com/</a> -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 80

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ -โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้ Website <a href="http://www.kmmoph.com/">http://www.kmmoph.com/</a> -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 90

ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-มีการวางแผนการจัดการความรู้		-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ		-มีการควบคุมกำกับติดตามงาน		-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website <a href="http://www.kmmoph.com/">http://www.kmmoph.com/</a>	
-มีแผนปฏิบัติการประจำปี		โครงการ/กิจกรรม		-มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน		-มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้	
-มีแผนงบประมาณ		-จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้		-มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม		-มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี	
-จัดทำรายละเอียด KPI		-รูปภาพกิจกรรม				จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 100	
วิธีการประเมินผล :		เอกสารรายงาน และ web site : <a href="http://kmmoph.com/">http://kmmoph.com/</a>					
เอกสารสนับสนุน :		เอกสารคู่มือการประเมินผลการจัดการความรู้ กระทรวงสาธารณสุข ระดับกรมและเขตสุขภาพ					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data		หน่วยวัด		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
						2557      2558      2559	
		ระดับความสำเร็จ		ระดับ		5      5      -	
		การขับเคลื่อน					
		การจัดการความรู้					
		หน่วยงานกระทรวง					
		สาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางชนิดา กาจินะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9				นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238 E-mail : numaewssj@hotmail.com	
		2. นางจุฬาร กระจะเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9				นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com	
		สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
หน่วยงานประมวผลและจัดทำข้อมูล		สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สสจ.สระแก้ว โทร 037 425 141 – 4 ต่อ 306					

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	16. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	96. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
คำนิยาม	<p>การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน</p> <p>ในปีงบประมาณ 2560 จะบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญรวม 3 ประเด็น คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์</li> <li>2. การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ</li> <li>3. การจัดการกับขยะมูลฝอย</li> </ol> <p>ทั้งนี้ ตามรายชื่อกฎหมายแนบท้าย Templet นี้</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เป้าหมายร้อยละ 90</p> <p>กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 4 องค์ประกอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ</p>	
องค์ประกอบ	การดำเนินการ
1.	ต้องกำหนดการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงให้ความสำคัญเป็นตัวชี้วัดของนิติกรและผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านกฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและวางแผนการบังคับใช้กฎหมายร้อยละ 60 ของกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บังคับใช้
2.	เข้าร่วมการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นในทุกช่องทางร้อยละ 75 ของที่มีการจัด
3.	<p>ต้องมีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัดทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ เครือข่ายได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัด</li> <li>-การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเครือข่าย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพของเอกชนในจังหวัด สถานีวิทยุ โทรทัศน์หรือผู้ประกอบการสื่อสิ่งพิมพ์ในจังหวัดเจ้าหน้าที่สรรพสามิต พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการในจังหวัด</li> <li>-การจัดการกับขยะมูลฝอยเครือข่ายได้แก่ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการภายในจังหวัด</li> </ul> <p>โดยกิจกรรมที่ทำอาจเป็นการเชิญเข้ามาเป็นเครือข่ายหรือเชิญเข้าประชุมการบังคับใช้กฎหมายแต่ละเรื่อง หรือสร้างความสัมพันธ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือเข้ามาเป็นวิทยากรในการอบรม</p>

	ภายในจังหวัดหรือช่วยออกตรวจ หรือขอให้ร่วมประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องสร้างเครือข่ายอย่างน้อยร้อยละ 80 ของประเด็นกฎหมายที่จะบังคับใช้ (2 ใน 3 ของประเด็นกฎหมาย)
4.	ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย ดังนี้ 1. มีกิจกรรมในเชิงบวกประชาสัมพันธ์และป้องปรามออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง <b>หรือ</b> 2. มีการใช้มาตรการลงโทษร้องทุกข์ดำเนินคดี หรือลงโทษเรื่องที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด โดยขอให้รายงานกระทรวงสาธารณสุขทราบพร้อมหลักฐานทุก 6 เดือน

## เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
60	70	80	90	100

วัตถุประสงค์	เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยกลุ่มงานนิติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(ประเมินโดย กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
แหล่งข้อมูล	1. กลุ่มงานนิติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
รายการข้อมูล 1	a = จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในจังหวัดสระแก้วได้ครบองค์ประกอบ
รายการข้อมูล 2	b = จำนวนการบังคับใช้กฎหมายได้ครบองค์ประกอบในจังหวัดสระแก้วทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2 = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทำการประเมินไตรมาส 2 และ 4

## เกณฑ์การประเมิน

1. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2562 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ						
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2563 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ						
วิธีการประเมินผล :		1 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ประเมินจากข้อมูลรายงานจากกลุ่มงานนิตินิติกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย โดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :		สรุปรายงานการบังคับใช้กฎหมาย ประจำเดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายปราโมทย์ บุญเปล่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141-4 โทรสาร : 037 425141-4 ต่อ 100 2. นายธานีข ศิริปิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141-4 โทรสาร : 037 425141-4 ต่อ 100 3. นายพนพล ทาทิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141-4 โทรสาร : 037 425141-4 ต่อ 100			นิตินกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nitikarnsk@Gmail.com เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)		กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นายปราโมทย์ บุญเปล่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 425141-4 โทรสาร : 037 425141-4 ต่อ 100			นิตินกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nitikarnsk@Gmail.com	



ยุทธศาสตร์ที่	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบผสมผสานภายใต้ธรรมนูญสุขภาพของชุมชน
โครงการที่	2. โครงการประชารัฐร่วมใจดูแลผู้สูงวัย
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด/อำเภอ/ตำบล
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p><b>ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ</b> หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน มีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งตนเองและและรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในเรื่องดูแลสุขภาพ 5 กลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน</p> <p><b>มาตรฐานที่กำหนด</b> หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม แบ่งระดับมาตรฐาน เป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน)</li> <li>2) การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา)</li> <li>3) การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี)</li> <li>4) ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก)</li> <li>5) ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม) ที่มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</li> </ol> <p><b>มีตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว(Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์</b> หมายถึง มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 6 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว</li> <li>2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</li> <li>3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</li> </ol>

	<p>4. มีบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ</p> <p>5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล</p> <p>6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)</p> <p><b>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</li> <li>- มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.</li> </ul>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย :** ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
50	60	70	80	95

ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ

ปีงบประมาณ	2560	2561	2562	2563	2564
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
ระดับดีเยี่ยม	41 ตำบล	41 ตำบล	41 ตำบล	44 ตำบล	44 ตำบล

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น
2. ลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน
3. เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย**

1. ผู้สูงอายุทุกคน
2. ดำเนินการทุกอำเภอ ทุกตำบล
3. ตำบลในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 58 ตำบล

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

- 1) รายงานทาง E-mail หรือ สรุปลผลการประเมิน
- 2) รพ.สต. รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบรายงาน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน
- 3) รายงานผ่านเว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน [www.thaiphc.net](http://www.thaiphc.net)

แหล่งข้อมูล	1) รพ.สต. 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล															
รายการข้อมูล ๑	A = ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะ ng Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์															
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลทั้งหมด															
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้น															
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว															
รายการข้อมูล ๕	E = จำนวนตำบลเป้าหมาย															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแล ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ = $(A/B) \times 100$ 2. ร้อยละของตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน = $(C/E) \times 100$ 3. จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว = D															
ระยะเวลาประเมินผล	1. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแล ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ - ปีละ 2 ครั้ง โดยทีมนิเทศงาน 2. ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ - ปีละ 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน															
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 (กรมอนามัย)																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30</td> <td>35</td> <td>40</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	30	35	40	50							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
30	35	40	50													
ตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)																
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับดีขึ้น</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> <tr> <td>ระดับดีเยี่ยม</td> <td>-</td> <td>12 ตำบล</td> <td>21 ตำบล</td> <td>41 ตำบล</td> </tr> </tbody> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับดีขึ้น	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 35	ร้อยละ 70	ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	21 ตำบล	41 ตำบล
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
ระดับดีขึ้น	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 35	ร้อยละ 70												
ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	21 ตำบล	41 ตำบล												
ปี 2561 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 (กรมอนามัย)																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	45	50	55	60							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
45	50	55	60													
ตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)																
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับดีขึ้น</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> <tr> <td>ระดับดีเยี่ยม</td> <td>-</td> <td>12 ตำบล</td> <td>21 ตำบล</td> <td>41 ตำบล</td> </tr> </tbody> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับดีขึ้น	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 35	ร้อยละ 70	ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	21 ตำบล	41 ตำบล
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
ระดับดีขึ้น	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 35	ร้อยละ 70												
ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	21 ตำบล	41 ตำบล												
ปี 2562 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 (กรมอนามัย)																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	50	55	60	70							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
50	55	60	70													

ตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับดีขึ้นไป	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 35	ร้อยละ 70
ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	21 ตำบล	41 ตำบล
ปี 2563 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 (กรมอนามัย)				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	60	65	70	80
ตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับดีขึ้นไป	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 75
ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	24 ตำบล	44 ตำบล
ปี 2564 : ตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95 (กรมอนามัย)				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	75	80	90	95
ตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับดีขึ้นไป	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 75
ระดับดีเยี่ยม	-	12 ตำบล	24 ตำบล	44 ตำบล
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) พื้นที่ประเมินตนเอง (self-Assessment) และรายงาน สสจ.</li> <li>2) สสจ.ประเมิน และรายงานศูนย์อนามัยเขตกรมอนามัย</li> <li>3) ศูนย์อนามัยเขต ประเมินและรายงานส่วนกลาง</li> </ol>			
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care</li> <li>2) คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ</li> <li>3) คู่มือแนวทางการประเมิน ADL</li> <li>4) คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</li> <li>5) แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน</li> <li>6) คู่มือวิทยากรที่เลี้ยงการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ</li> <li>7) คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ</li> </ol>			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	1.72	5.17	41.37	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายจตุรงค์ จันทร์เรือง		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 - 425141		โทรศัพท์มือถือ : 081 - 9830535		
	โทรสาร : 037 - 425141		Email : chaturong.chan@gmail.com		
	2. นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 - 425141		โทรศัพท์มือถือ : 088 - 5064756		
	โทรสาร : 037 - 425141		Email : chan_smlk@hotmail.com		
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				

ยุทธศาสตร์ที่	1. สร้างระบบสุขภาพที่ประชาชนทุกคนเป็นเจ้าของ
กลยุทธ์ที่	<p>กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบผสมผสานภายใต้ธรรมนูญสุขภาพของชุมชน</p> <p>กลยุทธ์ที่ 3 สร้างความร่วมมือโดยใช้กลไกประชารัฐในการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานดูแลสุขภาพเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน โดยเน้นการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ</p>
โครงการที่	<p>1. โครงการตำบลพัฒนาการเด็กดี</p> <p>2. โครงการชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาท</p> <p>3. โครงการวัยเรียน วัยรุ่น สดใส วัยทำงานมีคุณภาพชีวิตดี</p> <p>4. โครงการประชารัฐร่วมใจดูแลผู้สูงวัย</p> <p>โดยบูรณาการในตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย</p>
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	อำเภอ/ตำบล/อปท./รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	<p>2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์</p> <p>3. ร้อยละของเทศบาล/อบต. ที่มีแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและมีการดำเนินงานตามแผน</p> <p>4. ร้อยละของชุมชนที่ดูแลสุขภาพและมีการจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพในชุมชน ลดปัญหาสุขภาพสำคัญในเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน ของชุมชนได้</p> <p>โดยบูรณาการในตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย</p>
คำนิยาม	ใช้นิยามในตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการ ตามเกณฑ์มาตรฐานผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p><b>ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ</b> หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน มีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งตนเองและรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในด้านพัฒนาการเด็ก หญิงตั้งครรภ์/วัยรุ่น อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตลอดจนมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน โดยต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน</p>

**มาตรฐานที่กำหนด** หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพเพื่อเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี ระบบสุขภาพยั่งยืน ประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้

### 1. การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน)

- 1.1 มีองค์ประกอบเครือข่ายที่เข้าร่วมทีมสุขภาพตำบลจากหลายภาคส่วน
- 1.2 มีการสร้างและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล โดยกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกันและบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่ชัดเจน
- 1.3 มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพตำบล ในเรื่องการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ค่ากลาง หรืออื่นๆ ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
- 1.4 มีการพัฒนาความรู้ อสม. ในเรื่องการดูแลสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ในด้านพัฒนาการเด็ก หญิงตั้งครรภ์/วัยรุ่น ผู้สูงอายุ อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตลอดจนแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่
- 1.5 มีฐานข้อมูล และการวิเคราะห์ 5 กลุ่มวัย การศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทุนของวิสาหกิจชุมชน (เงิน/ทรัพยากร/ผลผลิต/ความรู้/ภูมิปัญญา/ทุนทางวัฒนธรรม/ทุนทางสังคม)

### 2. การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา)(ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานครบทุกข้อ)

- 2.1 มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ตลอดจนข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว (LTC)
- 2.2 มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพ 5 กลุ่มวัย เพื่อสร้างการรับรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล
- 2.3 มีการร่วมกันจัดทำแผนสุขภาพตำบล 4 ดี โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน จัดทำโครงการ/กิจกรรม กำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการของชุมชน และมีการสื่อสารแผนงาน/โครงการแก่ผู้เกี่ยวข้องรับรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ
- 2.4 มีการระดมทรัพยากร ทุน และภูมิปัญญาท้องถิ่นจากในและนอกชุมชนมาใช้สนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่กำหนดไว้
- 2.5 มีการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับวิสาหกิจชุมชน (เงิน/ทรัพยากร/ผลผลิต/ความรู้/ภูมิปัญญา/ทุนทางวัฒนธรรม/ทุนทางสังคม)

### 3. การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี)(ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานและระดับพัฒนาครบทุกข้อ)

- 3.1 มีผู้จัดการการดูแล 5 กลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (LTC)
- 3.2 มีบริการการดูแลสุขภาพ 5 กลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ (LTC)

3.3 มีธรรมนูญสุขภาพตำบล และมาตรการทางสังคมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน 5 กลุ่มวัย อย่างน้อยกลุ่มวัยละ 1 เรื่อง และมีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพของกลุ่มวัยผู้สูงอายุใน ระดับตำบล (LTC)

3.4 มีชุมชน/ท้องถิ่น/อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน/อสม.เป็นพลังสำคัญขับเคลื่อนแผนสุขภาพ ตำบล การดูแลสุขภาพ 5 กลุ่มวัย และแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ รวมทั้งมี หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดีขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 70

3.5 มีการรวมตัวของกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป เพื่อดำเนินการวิสาหกิจชุมชน(ผลิตสินค้า การให้บริการ หรืออื่นๆ)

**4. ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก)**(ผ่านเกณฑ์การประเมินใน ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา และระดับดี ครบทุกข้อ)

4.1 มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัยและดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดย ท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุ รายบุคคล (Care plan) และมีการดูแล ตาม care plan อย่างต่อเนื่อง (LTC)

4.2 มีข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล การบริหารจัดการ การพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างสม่ำเสมอและรายงานความก้าวหน้าให้ชุมชนรับรู้ อย่างต่อเนื่อง

4.3 มีการสรุปประเมินผล เพื่อปรับกระบวนการ/กิจกรรม/โครงการ

4.4 มีผลลัพธ์ของการพัฒนา เช่น ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับ พอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 70 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 70

หมู่บ้านจัดการกลุ่มแม่และเด็ก

1) พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80

2) หญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60

3) เด็กอายุ 6 เดือน ให้กินนมแม่อย่างเดียวและได้รับอาหารตามวัย ควบคุมกัมมันตแม่จนถึงอายุ 2 ปี ร้อยละ 40 (สู่มาร้อยละ 30)

กลุ่มเด็กวัยเรียน

วัดผลลัพธ์ที่โรงเรียนของตำบลนั้น โดยวัดจาก สูงดี สมส่วน ร้อยละ 70

เด็กวัยรุ่น

1) เยาวชน อายุ 6 – 24 ปี เป็นสมาชิกชมรม To be Number 1 อย่างน้อยร้อยละ 80 และมีการ ดำเนินกิจกรรมป้องกันยาเสพติด และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

กลุ่มวัยทำงาน

- ควบคุมโรคไม่ติดต่อ วัดผลจาก

1) กลุ่มเป้าหมายประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง HT, DM มากกว่า ร้อยละ 90

2) กลุ่มเสี่ยง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 90

3) สู่มประเมิน 10 หลังคาเรือน/ตำบล เรื่อง 3 อ 2 ส/สมุนไพรรักษา (8 อ.) และ Stroke ,STEMI (CVD Risk/อาการเตือน Stroke Alert ,ACS Alert ส่งต่อ รักษา)/ครัวเรือน มีการปลูกฟ้าทะลายโจรและ



<p>ไขมันชั้น ร้อยละ 50</p> <p>4) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรู้เรื่องการใช้ไฟฟ้าทะลายโจรและไขมันชั้น ในการดูแลสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควบคุมโรคติดต่อ วัตถุประสงค์</li> <li>1) สุ่มประเมินค่า HI 10 หลังคาเรือน ไม่เกินร้อยละ 10</li> <li>2) สุ่มประเมินค่า CI ในโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 0 (ศูนย์)</li> <li>3) การตรวจจับการระบาด โดยคิดจากเกณฑ์ Gen 2</li> <li>4) วัคซีนโรค วัตถุประสงค์จาก DOTs ร้อยละ 100 (M+)</li> <li>5) ตำบลดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (one health) ผ่านเกณฑ์</li> </ul> <p>ผู้สูงอายุ ผ่านการประเมิน Long term care</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้สูงอายุต้องได้รับการคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ</li> <li>2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีศักยภาพในการดูแลตนเอง</li> <li>3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว</li> <li>4) ผู้สูงอายุได้รับการปรับสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน</li> <li>5) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสวัสดิการ และส่งเสริมการประกอบอาชีพ</li> <li>6) ตำบลมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง</li> <li>7) ตำบล มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ระดับตำบล</li> </ul> <p>4.5 มีวิสาหกิจชุมชนพื้นฐาน (การดำเนินการเพื่อกิน เพื่อใช้ในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดรายจ่าย เพิ่มรายรับ) อย่างน้อย 2 แห่ง/ตำบล</p> <p><b>5. ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม)</b>(ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี และระดับดีมาก ครบทุกข้อ)</p> <p>5.1 มีวิทยากรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความเป็นครู หรือวิทยากรกระบวนการ วิทยากรต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีศูนย์เรียนรู้สุขภาพชุมชน 5 กลุ่มวัย เช่น โรงเรียนนวัตกรรมการสุขภาพชุมชน โรงเรียน อสม. ที่มีหลักสูตรเป็นไปตามความต้องการของชุมชน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ</li> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านสุขภาพจิตชุมชน</li> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน</li> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.)และการสร้างหลักประกันสุขภาพ</li> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ</li> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ</li> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน</li> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน</li> <li>- อสม.ต้นแบบ ด้านนมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก</li> </ul>
---

	<p>5.2 มีการสรุปทบทวนการพัฒนา การจัดการความรู้ และนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>5.3 มีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ การพัฒนาระหว่างชุมชนหรือตำบลอื่นๆ อย่างกว้างขวาง</p> <p>5.4 มีผลกระทบของการพัฒนาทำให้ปัญหาสุขภาพ 5 กลุ่มวัย และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ลดลง</p> <p>5.5 มีวิสาหกิจชุมชนก้าวหน้า (การนำผลิตภัณฑ์ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน ผลผลิตที่เหลือกินเหลือใช้ในชุมชน เข้าสู่ตลาดบริโภคโดยปรับปรุงคุณภาพผลผลิต ทึบหน่อ การจัดการด้านการตลาดเพื่อให้สามารถแข่งขันได้) อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง</p>
--	--

**เกณฑ์เป้าหมาย**

	ปีงบประมาณ60	ปีงบประมาณ61	ปีงบประมาณ62	ปีงบประมาณ63	ปีงบประมาณ64
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 70				

<b>วัตถุประสงค์</b>	เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ 5 กลุ่มวัย
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	1. ตำบลในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 59 ตำบล 2. ตำบล long term care ตำบล 30 ตำบล
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รายงานผ่านเว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net
<b>แหล่งข้อมูล</b>	จังหวัด : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (งานสุขภาพภาคประชาชน และกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ) อำเภอ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ โรงพยาบาล ทุกแห่ง
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้นไป
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ที่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีมากขึ้นไป
<b>รายการข้อมูล 3</b>	C = จำนวนตำบลเป้าหมาย ปี 2560 C1 ตำบลในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 59 ตำบล C2 ตำบล long term care จำนวน 30 ตำบล
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	1. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป = $(A / C1) \times 100$ 2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป = $(B / C1) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน

**เกณฑ์การประเมิน :ปี 2560 :**

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50

ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	
ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	
ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	
ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	
ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	การประเมินตนเอง (self-Assessment) แบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยใช้เกณฑ์การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย ปีงบประมาณ 2560 และมีผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพระดับตำบลที่สามารถวัดผลการลดลงของปัญหาสุขภาพในพื้นที่				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน</li> <li>2. คู่มือวิทยากรพี่เลี้ยงการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ</li> <li>3. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ</li> </ol>				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณพ.ศ.</b>		
			<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>
	ร้อยละของตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	70.37	86.67	100
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์ หัวหน้างานสุขภาพภาคประชาชน สสจ.สระแก้ว โทร 0 3742 5141 ต่อ 301				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับจังหวัด)</b>	งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทร 0 3742 5141 ต่อ 301				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์ หัวหน้างานสุขภาพภาคประชาชน สสจ.สระแก้ว</li> <li>2. นายจาตุรงค์ จันทร์เรือง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</li> <li>3. นางสาวรำไพพร คำฉัตร นักวิชาการสาธารณสุข</li> </ol>				

ยุทธศาสตร์ที่	2. การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเลิศ
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 4 ยกระดับบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เชิงพื้นที่ที่เข้มแข็ง การบริการสุขภาพมีคุณภาพมาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนอุ่นใจ เชื่อมมั่นวางใจในบริการสุขภาพ ศักยภาพทางการแพทย์เติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดดเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองสุขภาพแก่ประชาชนในทุกกลุ่มวัย และท้องถิ่น และให้ประชาชน ท้องถิ่น ทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาการจัดการจัดการบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	5. ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA สู่ PCA
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA สู่ PCA หมายถึง จัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ เป้าหมาย พัฒนาบริการระบบปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลทุกระดับได้รับการรับรองคุณภาพ HA และระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพ HA สู่ PCA นั้น เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ(CUP) เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ของจังหวัดสระแก้ว และการเชื่อมโยงระบบงานที่สำคัญ จากโรงพยาบาล ลงสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงคุณภาพรวมทั้งกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายด้วยความเป็นกัลยาณมิตร ส่งเสริมการใช้เครื่องมือคุณภาพเพื่อช่วยโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการพัฒนาคุณภาพด้วยความเข้าใจ ตามบริบทและสามารถเชื่อมโยงเข้าสู่งานประจำได้ เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อสร้างความเข้าใจ กระตุ้นการพัฒนา ให้กำลังใจหรือยกระดับการพัฒนาาร่วมกัน เพื่อให้การใช้กระบวนการเรียนรู้ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ(CUP) และขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดสระแก้ว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ50 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 6 ระบบงานที่สำคัญตามมาตรฐานHAสู่PCA	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบงานที่สำคัญ 6 ระบบงาน ในการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง ให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจาก ผลการประเมินมาตรฐาน 6 ระบบงาน

แหล่งข้อมูล	สสจ.สระแก้ว				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว ที่ผ่านเกณฑ์รับรองมาตรฐาน 6 ระบบงาน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้วทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
<b>เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :</b>					
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>	
	1.จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการ QLN และจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปี 60 2.จัดอบรม การทบทวนทางคลินิก/ การบันทึกโปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก (PCT) และจัดอบรมสร้างความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยง การค้นหา (RM) 3.จัดประชุมทำคู่มือ/CPG การดูแลต่อ เนี้ อ ง ,แ ผ น ไ ท ย ,NCD,Stroke, STEMI,Head Injury,วัยเรียน วัยรุ่น ให้ รพ.สต.ทุกแห่ง	1.QLN จังหวัดลงเยี่ยมหน้างานเพื่อนิเทศงานและเสริมพลัง รพ.สต.ที่ผ่านมาตรฐานน้อยกว่า 3 ระบบ 2.จังหวัดประชุมสรุปถอดบทเรียนการนิเทศงาน รพ.สต.	1.จังหวัดลงตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน 6ระบบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง 2.จังหวัดจัดประชุมสรุปถอดบทเรียนการประเมินมาตรฐาน รพ.สต.	1.นำผลที่ได้จากการประเมิน นำเสนอผู้บริหารของCUP และจังหวัด ตามลำดับให้ทราบถึง จุดอ่อนจุดด้อยที่ประเมิน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางาน ปีต่อไป	
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมผลการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐาน 6 ระบบงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ				
เอกสารสนับสนุน :	ไปรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน โดย สสจ.สระแก้ว				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	รพ.สต.ที่ผ่าน	ร้อยละ	NA	25	27.77
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางกชพรรณ หาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0931352508 E-mail : H_kodchapan@hotmail.com 2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าพนักงานสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0999286298 E-mail : Aomam_kanya@hotmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางกชพรรณ หาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการมือถือ : 0931352508 E-mail : H_kodchapan@hotmail.com 2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าพนักงานสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0999286298 E-mail : Aomam_kanya@hotmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่	2. การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเลิศ				
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 4 ยกระดับบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เชิงพื้นที่ที่เข้มแข็ง การบริการสุขภาพมีคุณภาพมาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนอุ่นใจ เชื่อมั่นวางใจในบริการสุขภาพ ศักยภาพทางการแพทย์เติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดดเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองสุขภาพแก่ประชาชนในทุกกลุ่มวัย และท้องถิ่น และให้ประชาชน ท้องถิ่น ทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ				
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาการจัดการบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	รพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6.ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 4 ดี โดย 4 ดี ประกอบด้วย <b>บริหารดี ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี</b> มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้</p> <p><b>เกณฑ์หมวด 1</b> การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p><b>เกณฑ์หมวด 2</b> การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p><b>เกณฑ์หมวด 3</b> การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p><b>เกณฑ์หมวด 4</b> การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p><b>เกณฑ์หมวด 5</b> ผลลัพธ์</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 111 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยทีมนิเทศ และประเมิน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชี้แจงนโยบาย/แนวทางการประเมิน พัฒนาทีมประเมินจังหวัดและอำเภอ จัดทำแผนปฏิบัติงาน	พัฒนาทีมประเมิน ระดับ จังหวัด และ อำเภอ	รพ.สต.มีการประเมิน ตนเอง	มีการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ (ร้อยละ 10)	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย</li> <li>2. ทีมจังหวัด/อำเภอ ประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว</li> <li>3. สรุปผลการประเมิน</li> <li>4. คำนวณอัตราส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพทั้งหมด</li> </ol>			
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์ การประเมิน มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว			
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	-	-	2557	2558
	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายมานัญย์ เวชบุญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-0261029 E-mail : wetboon_m@hotmail.com</li> <li>2. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com</li> </ol>			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับ จังหวัด)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว			
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com</li> </ol>			

เอกสารประกอบ ตัวชี้วัดร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ  
ศึกษาได้จากภาคผนวก

ยุทธศาสตร์ที่	2. การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเลิศ
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 4 ยกระดับบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เชิงพื้นที่ที่เข้มแข็ง การบริการสุขภาพมีคุณภาพมาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนอุ่นใจ เชื่อมั่นวางใจในบริการสุขภาพ ศักยภาพทางการแพทย์เติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดดเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองสุขภาพแก่ประชาชนในทุกกลุ่มวัย และท้องถิ่น และให้ประชาชน ท้องถิ่น ทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาการจัดการบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	7. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ
คำนิยาม	<p>ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน</p> <p><b>ระบบบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchments population) และผู้ให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว (Family care team)</p> <p><b>ชุมชนและท้องถิ่น</b> หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน</p> <p><b>คุณภาพ</b> หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับ3ขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> <li>2. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute&amp;Chronic care</li> </ol> <p><b>อำเภอ</b> หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่</p>



		ทุกอำเภอ จำนวน 9 อำเภอ ในจังหวัดสระแก้ว				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>						
		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
		ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 1100
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง)					
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	อำเภอที่มี District Health System					
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	การรายงาน / ประเมิน					
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล					
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนอำเภอที่มี District Health System ผ่านเกณฑ์คุณภาพ					
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนอำเภอ 9 แห่ง					
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$					
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2, 3 และ 4					
<b>เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :</b>						
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>		
	การประเมินตนเอง โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไก แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพร้อยละ 100		
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> <li>2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัย และการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)</li> <li>3. มีการดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 เรื่อง และมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับอำเภอ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>4. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)</li> </ol>					
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย</li> <li>2.หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)</li> <li>3.หนังสือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)</li> <li>4. แบบประเมินตนเอง DHS – PCA</li> </ol>					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	100 (9 แห่ง)	100 (9 แห่ง)	100 (9 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายมานิชย์ เวชบุญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-0261029 E-mail : wetboon_m@hotmail.com</p> <p>2. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com				

รายละเอียดการประเมิน ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ ใช้รายละเอียดตามคำชี้แจงในตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่	2. การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเลิศ
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 4 ยกกระดับบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เชิงพื้นที่ที่เข้มแข็ง การบริการสุขภาพมีคุณภาพมาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนอุ่นใจ เชื่อมั่นวางใจในบริการสุขภาพ ศักยภาพทางการแพทย์เติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดดเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองสุขภาพแก่ประชาชนในทุกกลุ่มวัย และท้องถิ่น และให้ประชาชน ท้องถิ่น ทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาการจัดการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัด	9. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายของทีมหมอครอบครัวได้รับการดูแลตามมาตรฐานในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0- 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
คำนิยาม	<p><b>ทีมหมอครอบครัว</b> หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาลรวมถึง อสม. อบต. ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกาย ครอบคลุมทั้งรักษาส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิดเข้าถึง เข้าใจ</p> <p><b>กลุ่มเป้าหมาย</b> คือกลุ่มเป้าหมายหลักที่จะต้องได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว 4 กลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) และเด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ผู้สูงอายุติดบ้าน</b> หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของสูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ</li> <li>- <b>ผู้สูงอายุติดเตียง</b> หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วย/ไม่ป่วย และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นบางครั้ง หรือตลอดเวลา</li> <li>- <b>ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล</b> หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องประเภทใดประเภทหนึ่งหรือมากกว่า ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือทั้งหมด</li> <li>- <b>ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care)</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิต คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต</li> </ul>

	<p><b>องค์ประกอบของทีมหมอครอบครัว</b></p> <p>1. <b>ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ</b> หมายถึง ทีมที่มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม เพื่อเป็นที่เลี้ยง ดูแลทีมระดับตำบล และทีมชุมชน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพจาก รพ. และทีมจาก สสอ. เท่าที่จะจัดทีมให้เหมาะสม โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม โดยส่วนใหญ่แพทย์ 1 คน จะรับผิดชอบ ประมาณ 2-3 ทีม (แพทย์อาจเป็นหัวหน้าทีมหลายทีมได้)</p> <p>2. <b>ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล</b> หมายถึง ทีมที่มีจำนวน รพ.สต./PCU และศสม. ที่มีอยู่ในอำเภอนั้นๆ (จำนวนทีมเท่ากับหน่วยบริการ รพ.สต./PCU และศสม.) และมีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ใน ศสม./รพ.สต. ที่ประกอบด้วยหลายวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ทันตภิบาล นักการแพทย์แผนไทย เป็นต้น ที่ทำงานประสานเชื่อมโยงกัน ในการดูแลประชาชน</p> <p>3. <b>ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน</b> หมายถึง ทีมที่มีเจ้าหน้าที่ ศสม./รพ.สต./PCU เป็นหัวหน้าทีมร่วมกับท้องถิ่น อสม. จิตอาสา และชุมชน (ส่วนใหญ่จำนวนทีมชุมชนจะเท่ากับจำนวนเจ้าหน้าที่ รพ.สต.) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ใน ศสม./รพ.สต. ที่มีการแบ่งพื้นที่การดูแล รับผิดชอบประชาชน มีเจ้าหน้าที่ ศสม./รพ.สต. เป็นหัวหน้าทีมและมีภาคประชาชนในพื้นที่ เช่น อสม. อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา ร่วมเป็นทีม</p>
--	--

#### เกณฑ์เป้าหมาย

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล ดำเนินการเยี่ยมบ้าน ดูแลกลุ่มเป้าหมาย	มีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล ดำเนินการเยี่ยมบ้าน ดูแลกลุ่มเป้าหมาย	มีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล ดำเนินการเยี่ยมบ้าน ดูแลกลุ่มเป้าหมาย	มีการประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) และเด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ระบบรายงาน/ประเมิน			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) และเด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่ได้รับการดูแล			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) และเด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทั้งหมด			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>2. ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ</li> </ol> <p><b>มาตรการ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีคณะกรรมการดำเนินงานฯ ทำเนียบทีมหมอบรรณครวั จำนวนทีมหมอบรรณครวั</li> <li>2. แผนงาน แนวทางการดำเนินงาน/แผนการกั้บติดตามและประเมินผล ผลการดำเนินงาน</li> <li>3. การจั้ดระบบบริการ (คู่มือหรือแนวทางการระบบบริการที่จำเป็นในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย/การบริหารจั้ดการทีมหมอบรรณครวัครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย)</li> <li>4. การพัฒนาบุคลากร (แผนการพัฒนาทีมพี่เลี้ยง/การดำเนินงานพัฒนาทีมพี่เลี้ยง/การติดตามประเมินผลหลังการอบรมทีมพี่เลี้ยง การสนับสนุน/คู่มือทีมหมอบรรณครวั/คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Long Term Care/การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) การดูแลผู้พิการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ/การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ส่วนกลาง : ภาคีเครือช้าย)/ การพัฒนา อสม.เชี่ยวชาญ</li> <li>5. ระบบข้อมูลในการจั้ดการกลุ่มเป้าหมาย</li> <li>6. ระบบส่งต่อ ในจังหวัด/พื้นที่ของท่าน มีการบริหารจั้ดการ ระบบส่งต่อ ทั้งการให้บริการส่งต่อและรับกลับการจั้ดระบบข้อมูลสนับสนุนการส่งต่อมีการดำเนินงานอย่างไร</li> <li>7. แผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงาน โดยใช้ CBL/KM เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีม/พื้นที่</li> </ol>																		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบประเมิน</li> <li>2. หนังสือทีมหมอบรรณครวั (Family Care Team)</li> </ol>																		
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Baseline data</th> <th style="width: 15%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 45%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <th style="width: 15%;">2557</th> <th style="width: 15%;">2558</th> <th style="width: 15%;">2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </tbody> </table>		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.						2557	2558	2559		-	-	-	-	-
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
			2557	2558	2559														
	-	-	-	-	-														
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com</p>																		
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<p>นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.สระแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506 E-mail : sbv_00715@hotmail.com</p>																		

ยุทธศาสตร์ที่	2. การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเลิศ
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 4 ยกกระดับบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เชิงพื้นที่ที่เข้มแข็ง การบริการสุขภาพมีคุณภาพมาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนอุ่นใจ เชื่อมั่นวางใจในบริการสุขภาพ ศักยภาพทางการแพทย์เติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดดเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองสุขภาพแก่ประชาชนในทุกกลุ่มวัย และท้องถิ่น และให้ประชาชน ท้องถิ่น ทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
โครงการที่	7. โครงการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในการจัดการสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	11. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (ในระดับพอใช้ขึ้นไป)
คำนิยาม	<p><b>ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย</b> หมายถึง กลุ่มประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ 58 ตำบลของจังหวัดสระแก้ว</p> <p><b>มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b> หมายถึง กลุ่มวัยทำงานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p><b>มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง</b> หมายถึง กลุ่มวัยทำงาน มีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p><b>ระดับพอใจขึ้นไป</b> หมายถึง กลุ่มวัยทำงานมีค่าคะแนนรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น 3 ระดับ คือ</p> <p><b>ระดับดีมาก</b> คะแนนเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม</p> <p><b>ระดับพอใช้</b> คะแนนเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม</p> <p><b>ระดับไม่ดี</b> คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม</p> <p><b>ร้อยละ 70</b> ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ขึ้นไป เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จึงจะผ่านเกณฑ์การประเมิน (เช่น หมู่บ้าน ก. มีกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ต้องมีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ขึ้นไป จำนวน 70 คน)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>สูตรการคำนวณ :</b></p> <math display="block">\frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินในระดับพอใช้ขึ้นไป} \times 100}{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน}}</math> </div>

เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ	70	72	74	76	78
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ, มีความรู้ความเข้าใจ, มีทักษะในการจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ) 2. เพื่อพัฒนาช่องทางสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ตอบสนองกับสังคมปัจจุบัน (Social Network) 3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเรื่องงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวมทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ 58 ตำบลของจังหวัดสระแก้ว				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้ที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ บุคลากรสาธารณสุข หรือ อสม. 1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องนั้นๆ ร่วมกับงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อนามัยแม่และเด็ก, คลินิก DPAC (เก็บโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ.) 2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี (เก็บโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ. และ อสม.)				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ				70	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ				72	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ				74	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ				76	

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ				78	
วิธีการประเมินผล :	1. ประเมินจากผู้มารับบริการตามคลินิกต่างๆ ของ รพ.สต./รพ. 2. การสุ่มประเมินในหมู่บ้านตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้านละ 50 หลังคาเรือน				
เอกสารสนับสนุน :	1. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (กลุ่มเด็กวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงาน) 2. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			N/A	N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายธีระ แสงสุรเดช นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร 0 852 755 522 อีเมลล์ teerasang@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายธีระ แสงสุรเดช นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร 0 852 755 522 อีเมลล์ teerasang@gmail.com				



ยุทธศาสตร์ที่	2. การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเลิศ
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 7 สนับสนุนการลงทุนด้านการผลิตสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในภาคธุรกิจ และภาคประชาชน เพื่อการกระจายสินค้า โดยการสร้างความร่วมมือกับนักลงทุนภาคเอกชน
โครงการที่	11. โครงการยกระดับสถานบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพมาตรฐานโดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มา</p> <p>2. รับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>3. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ</li> <li>- การบำบัดหม้อเกลือ</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน</li> </ul> <p>4. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฝึกสมาธิบำบัด</li> <li>- ฝังเข็ม</li> <li>- การกดจุดบำบัด</li> <li>- การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย</li> </ul> <p>5. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>6. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>

เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 60 ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20			
เกณฑ์การคิดคะแนน ปีงบประมาณ 60			
	เกณฑ์การคิดคะแนน		คะแนน
	มากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป		5
	ร้อยละ 19.00 – 19.99		4
	ร้อยละ 18.00 – 18.99		3
	ร้อยละ 17.00 – 17.99		2
	ร้อยละ 16.00 – 16.99		1
วัตถุประสงค์	เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2) การรายงานจากจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	1) 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/Drug_opd/Procedure_opd/Provider) 2) ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งที่มีรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งที่มีรับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำแผนพัฒนาระบบ NODE บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> <li>- อบรมพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การทำกรณีศึกษา/นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และเผยแพร่ผลงาน จำนวน ๒ รุ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในคลินิกการแพทย์แผนไทยฯที่ได้มาตรฐานในรพท./รพช./รพ.สต.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลักดันงานแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนาเมืองสมุนไพร(Herbal City)</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20</li> </ul>
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> </ol>		

เอกสารสนับสนุน :	1) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2) คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	16.27	17.77	17.07
ที่มา : HDC กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกัญญา เทพรัตนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840 E-mail :kanya.m2007@gmail.com 2. นางสาวนุชรี บวงสวง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 080-0962633 E-mail : nuharee_na@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวกัญญา เทพรัตนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840 E-mail :kanya.m2007@gmail.com 2. นางสาวนุชรี บวงสวง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 080-0962633 E-mail : nuharee_na@hotmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่	2. การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเลิศ												
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 7 สนับสนุนการลงทุนด้านการผลิตสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในภาคธุรกิจ และภาคประชาชน เพื่อการกระจายสินค้า โดยการสร้างความร่วมมือกับนักลงทุนภาคเอกชน												
โครงการที่	11. โครงการยกระดับสถานบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน												
ลักษณะ	Leading Indicator												
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. หน่วยบริการมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10/ปี เมื่อเปรียบเทียบกับมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในปีงบประมาณ 2559												
คำนิยาม	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง มูลค่ายาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ใช้ในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (หน่วย:บาท) การใช้ยาสมุนไพร หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุข มีการจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ใช้รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ยาสมุนไพร First line Drug หมายถึง ขมิ้นชัน และฟ้าทะลายโจร												
เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 60 มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10/ปี เมื่อเปรียบเทียบกับมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในปีงบประมาณ2559													
เกณฑ์การคิดคะแนน ปีงบประมาณ 60													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การคิดคะแนน</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น <math>\geq 10</math> ขึ้นไป</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8-9.99</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6-7.99</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4-5.99</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2 -3.99</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์การคิดคะแนน	คะแนน	มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น $\geq 10$ ขึ้นไป	5	มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8-9.99	4	มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6-7.99	3	มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4-5.99	2	มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2 -3.99	1
เกณฑ์การคิดคะแนน	คะแนน												
มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น $\geq 10$ ขึ้นไป	5												
มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8-9.99	4												
มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6-7.99	3												
มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4-5.99	2												
มีมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2 -3.99	1												
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการมีการใช้ยาสมุนไพรใน รพ./รพ.สต.เพิ่มขึ้น</li> <li>2. เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการมีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน</li> <li>3. เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะในสถานบริการ</li> </ol>												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2) การรายงานจากโรงพยาบาล/รพ.สต.												
แหล่งข้อมูล	1) 43 แฟ้ม 2) ข้อมูลรายงานจากโรงพยาบาล/สสอ.												
รายการข้อมูล 1	A = ผลงาน (มูลค่ายาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2560)												
รายการข้อมูล 2	B = เป้าหมาย ปี 2560 (มูลค่ายาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน												

	ปีงบประมาณ 2559+มูลค่าเพิ่มขึ้น 10 % ) C = ร้อยละของมูลค่ายาสมุนไพรที่ใช้เพิ่มขึ้นในปี 2560				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	C = ( A *10/B)				
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน/ครั้ง				
<b>เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :</b>					
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>		
- ทำแผนประมาณการใช้จ่ายยาสมุนไพรของ โรงพยาบาลและ รพ.สต.ปี 2560 -มีการส่งเสริมการใช้จ่ายยาสมุนไพรในสถานบริการโดยเน้นการใช้สมุนไพรFirst line Drug - มีระบบการจัดเก็บข้อมูล First line Drug (ไขมันชั้น/ฟ้าทะลายโจร)	- มีมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพร ร้อยละ 7 -มีส่งเสริมการใช้จ่ายยาสมุนไพร First line Drug -มีการจัดเก็บและรายงานข้อมูล First line Drug (ไขมันชั้น/ฟ้าทะลายโจร) -มีการถอดบทเรียน/ปัญหา อุปสรรค และระบบการสนับสนุน ยาสมุนไพร	-มีมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 9 -มีการจัดเก็บและรายงาน ข้อมูล First line Drug (ไขมันชั้น/ฟ้าทะลายโจร) -มีการจัดเก็บข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มการรักษาไข้หวัดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	-มีการใช้จ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ขึ้นไป -มีสรุปรายงานและมูลค่าการจ่ายยาสมุนไพร First line Drug(ไขมันชั้น/ฟ้าทะลายโจร) -มีการเปรียบเทียบมูลค่าการใช้จ่าย First line Drug กับยาปฏิชีวนะของหน่วยบริการ		
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2) คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
	มูลค่าเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	2557	2558	2559
			12.18	5.75	20.06
	ที่มา : HDC กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1.นางสาวหทัยชนก บุญปก นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 099 101 3003 E-mail :g@gmail.com				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ส่วนกลาง)</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	1. นางสาวกัญญา เทพรัตนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840 E-mail :kanya.m2007@gmail.com 2. นางสาวหทัยชนก บุญปก นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรศัพท์มือถือ : 099 101 3003 E-mail :g@gmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่	2. การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเลิศ
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 7 สนับสนุนการลงทุนด้านการผลิตสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในภาคธุรกิจ และภาคประชาชน เพื่อการกระจายสินค้า โดยการสร้างความร่วมมือกับนักลงทุนภาคเอกชน
โครงการที่	11. โครงการยกระดับสถานบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพมาตรฐานโดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	อำเภอ/รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัด	20.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานวิจัยและนวัตกรรมบริการด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานวิจัยและนวัตกรรมแพทย์แผนไทย หมายถึง โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการดำเนินงานการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีกระบวนการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม ที่เป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนมีการเผยแพร่ (ประกวด ตีพิมพ์ นำเสนอผ่านเวทีวิชาการต่างๆ ในระดับจังหวัดขึ้นไป) เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์
เกณฑ์เป้าหมาย	1. โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการดำเนินงานการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีผลการวิจัย หรือ นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 1 เรื่อง/ปี/อำเภอ (ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน) 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการดำเนินงานการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีกรณีศึกษา หรือ นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย รพ.สต.ละ 1 เรื่อง/ปี (ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาแพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ให้มีศักยภาพในการขับเคลื่อนด้านวิชาการ การวิจัย/ R2R /นวัตกรรม /กรณีศึกษา ด้านการแพทย์แผนไทย 2. เพื่อให้มีข้อมูลวิชาการสนับสนุนการจัดการบริการแพทย์แผนไทย ที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น 3. เพื่อเป็นข้อมูลในการเพิ่มทางเลือกให้แก่แพทย์และผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล 4. เพื่อลดมูลค่าการนำเข้าและการพึ่งพามาจากต่างประเทศ
กลุ่มเป้าหมาย	แพทย์แผนไทย ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. เอกสารการวิจัย/R2R ที่ดำเนินงานในแต่ละช่วง 2. แบบสำรวจการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	1. แบบสำรวจชื่อเรื่องการดำเนินงานวิจัย หรือ R2R (ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน) 2. แบบสำรวจชื่อเรื่องกรณีศึกษา หรือ นวัตกรรม (ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน) 3. เอกสารผลการดำเนินงาน

เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส				
ระดับกิจกรรม	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ระดับ 1 หน่วยบริการมีการกำหนดหัวข้อวิจัย/R2R/นวัตกรรม/กรณีศึกษา ด้านการแพทย์แผนไทย (1 คະแนวน)	√			
ระดับ 2 (1 คະแนวน) - รพ./รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ การศึกษาวิจัยที่จังหวัดจัดขึ้นอย่างน้อยอำเภอละ 1 คน (โดยบูรณาการ ร่วมกับกลุ่มงานทรัพยากรบุคคลฯ) - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การทำกรณีศึกษา/นวัตกรรม ด้าน การแพทย์แผนไทย ที่จังหวัดจัดขึ้น รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 20-21 ธ.ค.59 รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 22 – 23 ธ.ค.59	√	√	√	√
ระดับ 3 (1 คະแนวน) - หน่วยงานมีผลสำเร็จของการศึกษาวิจัย ถึง บทที่ 3 (ที่มีแพทย์แผนไทย ปฏิบัติงาน) - หน่วยงานมีการดำเนินงานตามกระบวนการกรณีศึกษา(Case Study) ด้าน การแพทย์แผนไทย(ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน)		√		
ระดับ 4 (1 คະแนวน) - หน่วยงานมีผลสำเร็จของการศึกษาวิจัย ถึง บทที่ 4 (ที่มีแพทย์แผนไทย ปฏิบัติงาน) - หน่วยงานมีการดำเนินงานตามกระบวนการกรณีศึกษา(Case Study) ด้านการแพทย์แผนไทย (ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน)			√	√
ระดับ 5 (1 คະแนวน) - หน่วยงานมีผลสำเร็จของการศึกษาวิจัย ถึงบทที่ 5 และได้มีการ เผยแพร่ (ประกวด นำเสนอผ่านเวทีวิชาการต่างๆในระดับจังหวัดขึ้นไป) - หน่วยงานมีรูปแบบผลการสรุปกรณีศึกษา (Case Study) ด้าน การแพทย์แผนไทย (ที่มีเฉพาะผู้ช่วยแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน)			√	√
<b>วิธีการประเมินผล</b>	1. แฉงนับจำนวนครั้งที่เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้(โดยบูรณาการร่วมกับกลุ่มงานทรัพยากร บุคคลฯ) 2. ตรวจสอบเอกสารงานวิจัย 3. ตรวจสอบจากการนำเสนอผลงานวิจัยในช่วงของกระบวนการเรียนรู้ 4. การประเมินผลรอบที่ 1 นับคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน การประเมินผลรอบที่ 2 นับคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 5 เท่ากับ 5 คะแนน			
<b>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</b>	1.นางสาวกัญญา เทพรัตนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 083-2420840 2.นางสาวนุชรี บวงสวง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร 080-0962633			

ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขและกำลังคนทางสุขภาพของจังหวัด สระแก้วมีความเพียงพอ มีสมรรถนะสูง มีความสุขในการทำงานและมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ
โครงการที่	12. โครงการองค์กรแห่งความสุข (Happiness is all around)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด/อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	21. หน่วยงานมีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK
ค่านิยม	1.หน่วยงานมีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK หมายถึง โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข อำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานหรือ คณะทำงานที่จะขับเคลื่อนการสร้างค่านิยม MOPH-SK มีสัญลักษณ์หรือป้ายข้อความค่านิยมพร้อม ค่านิยม ติดไว้ในที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผนการสร้าง ค่านิยมฯ มีรายงานผลการประเมินค่านิยมฯรายบุคคล และสรุปผลการถอดบทเรียน พร้อมแผน ปรับปรุงการสร้างค่านิยมฯ 2 ค่านิยม MOPH-SK หมายถึง สิ่งที่หน่วยงานปรารถนาให้เป็นเป้าหมายของหน่วยงานที่จะปลูกฝัง ให้บุคลากรด้านสาธารณสุขทุกระดับยึดถือเป็นเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในการทำงานในระบบ บริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมของ หน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย การฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด(Mastery=M) สร้างสรรค์นวัตกรรม (Originality=O) ยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง (People-Center approach =P) มีความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility=H) มีจิตบริการที่ดี(Service mind =S) เรียนรู้และพัฒนาตลอดเวลา (Knowledge worker=K)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของหน่วยงาน (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK ครบ ทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้หน่วยงานมีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK สำหรับบุคลากรในสังกัด ซึ่งจะส่งผลต่อ การเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมของหน่วยงาน “ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” 2.เพื่อให้บุคลากรมีคุณลักษณะที่สามารถฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด(Mastery=M) สร้างสรรค์ นวัตกรรม (Originality=O) ยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง (People-Center approach =P) มีความอ่อน น้อมถ่อมตน(Humility=H) มีจิตบริการที่ดี(Service mind =S) เรียนรู้และพัฒนาตลอดเวลา (Knowledge worker=K)
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1.โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2.บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1.ตรวจสอบรายชื่อผู้รับผิดชอบงาน/คณะทำงาน/คำสั่งคณะทำงาน 2.สำรวจสัญลักษณ์หรือป้ายค่านิยม 3 ตรวจสอบแผนพัฒนาองค์กร/แผนการปรับปรุงองค์กร



	4.ตรวจสอบรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาองค์กรหรืองบประมาณในการดำเนินงานตามแผน 5.ตรวจสอบรายงานผลการประเมินค่านิยม 5.ตรวจสอบรายงานสรุปการถอดบทเรียน
<b>แหล่งข้อมูล</b>	1.เอกสารคำสั่ง 2.เอกสารแผนพัฒนาองค์กร/แผนปรับปรุงองค์กร 3.เอกสารผลการประเมินค่านิยม 4.เอกสารรายงานผลการดำเนินงานตามแผน 5.เอกสารรายงานสรุปการถอดบทเรียน หมายเหตุ : เอกสารรายงานอาจเป็นในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ได้
<b>รายการข้อมูล 1</b>	จำนวนหน่วยงานที่มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK ครบทั้ง 5 ระดับ
<b>รายการข้อมูล 2</b>	จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้าร่วมกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$\frac{\text{จำนวนหน่วยงานที่มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK ครบทั้ง 5 ระดับ} * 100}{\text{จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้าร่วมกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK}}$
<b>ระยะเวลาดำเนินการ</b>	1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 สิงหาคม 2559

**การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส**

ระดับกิจกรรม	ไตรมาส				
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
ระดับ 1 หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK (1 คะแนน)	/	/	/	/	
ระดับ 2 หน่วยงานมีสัญลักษณ์หรือป้ายข้อความพร้อมค่านิยมหรือหรือความหมายค่านิยม MOPH-SK ติดไว้ในที่มองเห็นได้ชัดเจน(1คะแนน)	/	/	/	/	
ระดับ 3 (3.1) มีแผนดำเนินการสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.2 คะแนน) (3.2) ดำเนินการตามแผนสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.8 คะแนน)	/	/	/	/	
คะแนน	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8
ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ	40	50	60	70	80
ระดับ 4 มีรายงานผลการประเมินค่านิยม MOPH-SK รายบุคคล (1 คะแนน)				/	
ระดับ 5 (5.1) มีรายงานสรุปการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน) (5.2) มีแผนปรับปรุงการพัฒนาการสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.5				/	

คะแนน)				
วิธีการประเมินผล	1.ติดตาม นิเทศงานในรอบปกติ 2 รอบ 2.รายงานผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน 3.ประเมินผลรอบที่ 1 ให้เทียบการดำเนินงานถึงระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน โดยพิจารณาการดำเนินงานตามแผนให้ประเมินร้อยละของแผนที่ได้ดำเนินการเทียบกับระยะเวลาที่กำหนด 4.ประเมินผลรอบที่ 2 ให้นับคะแนนทั้ง 5 ระดับ เท่ากับ 5 คะแนน			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1..นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 832 2058 2..นางสาวชุตินญา บุญวงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 130 6690			

ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สูงสุด
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขและกำลังคนทางสุขภาพ ของจังหวัดสระแก้วมีความเพียงพอ มีสมรรถนะสูง มีความสุขในการทำงานและมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ
โครงการที่	12. โครงการองค์กรแห่งความสุข (Happiness is all around)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด/อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	22.ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข
คำนิยาม	<p>1.ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข หมายถึง หน่วยงานมี ผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข โดยมีขั้นตอน ศึกษาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข มีกระบวนการประเมิน Happy work place index และ Happy work life index มีการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรที่มีความสุขที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและองค์ประกอบของการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ และวิเคราะห์ผลของการ ประเมินโดยใช้ดัชนีวัดสุขภาวะระดับองค์กร(Happy work place index) และ ดัชนีวัดผล ความรู้สึก ประสพการณ์ของบุคลากรที่ทำงานกับองค์กร(Happy work life index) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อนำผลมาปรับปรุงแผนการพัฒนาองค์กร</p> <p>2. Happy work place index หมายถึง ดัชนีวัดสุขภาวะระดับองค์กรหรือหน่วยงาน ซึ่งมี 5 มิติ</p> <p>    มิติที่ 1 คือ สุขด้วยการจัดการ</p> <p>    มิติที่ 2 คือ สุขด้วยบรรยากาศ</p> <p>    มิติที่ 3 คือ สุขด้วยกระบวนการสร้างสุข</p> <p>    มิติที่ 4 คือ สุขด้วยสุขภาพหัวใจ</p> <p>    มิติที่ 5 คือ สุขด้วยผลลัพธ์</p> <p>3. Happy work life index หมายถึง ดัชนีวัดผลความรู้สึก และประสพการณ์ของ บุคลากรที่ทำงานกับองค์กรหรือหน่วยงาน โดยดูว่ามีความสบายใจในที่ทำงาน มีความรัก ความผูกพัน มีความภาคภูมิใจในองค์กร มั่นใจในอาชีพ รายได้ และความพึงพอใจกับ ความก้าวหน้าของตนเองในองค์กร</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของหน่วยงาน (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(รวม รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข ครบทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานมีการพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรที่มีความสุข เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุ เป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ตรวจสอบรายชื่อคณะทำงาน/คำสั่งคณะทำงาน 2.ตรวจสอบรายงานผลการวิเคราะห์การประเมิน Happy work place index และ Happy work life index 3.ตรวจสอบแผนพัฒนาองค์กร/แผนการปรับปรุงองค์กร/ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร หรืองบประมาณในการดำเนินงานตามแผน 5.ตรวจสอบรายงานการถอดบทเรียน
แหล่งข้อมูล	1.เอกสารคำสั่ง 2.เอกสารแผนพัฒนาองค์กร/แผนปรับปรุงองค์กร 3.เอกสารผลการวิเคราะห์หลังประเมิน Happy work place index และ Happy work life index 4.เอกสารรายงานผลการดำเนินงานตามแผน และ เอกสารรายงานการถอดบทเรียน หมายเหตุ : เอกสารรายงานอาจเป็นในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ได้
รายการข้อมูล 1	จำนวนหน่วยงานที่มีผลสำเร็จการการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุขครบทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ดำเนินการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนหน่วยงานที่มีผลสำเร็จการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุขครบทั้ง 5 ระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด*100 <hr/> จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ดำเนินการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข

**เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส**

ระดับกิจกรรม	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
ระดับ 1 มีผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการพัฒนางานองค์กรที่มีชีวิต (1 คะแนน)	/				
ระดับ 2 (2.1) มีผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน) (2.2) มีการประเมิน Happy work place index (0.25 คะแนน) (2.3) มีการประเมิน Happy work life index (0.25 คะแนน) (2.4) มีแผนการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน)	/	/	/	/	
ระดับ 3 ดำเนินการตามแผนพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข(1 คะแนน)	/	/	/	/	
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0
ร้อยละของแผนที่ดำเนินการ	40	50	60	70	80

<p>ระดับ 4 (4.1) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work place index (0.5 คะแนน)</p> <p>(4.2) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work life index (0.5 คะแนน)</p>			/	
<p>ระดับ 5</p> <p>(5.1) มีรายงานการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)</p> <p>(5.2) มีแผนการปรับปรุงการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข(0.5 คะแนน)</p>			/	/
<p><b>วิธีการประเมินผล</b></p>	<p>1.ติดตามและประเมินผลจากการนิเทศงานรอบปกติ 2 รอบ</p> <p>2.ตรวจสอบจากสรุปรายงานผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน</p> <p>3.สอบถามจากทีมพี่เลี้ยงที่ดูแลระดับพื้นที่</p> <p>4.ใช้ KPI template นี้ ทั้ง 2 รอบการประเมิน</p> <p>    รอบที่ 1 ให้นับคะแนนในระดับ 1-3 เท่ากับ 5 คะแนน โดยระดับที่ 3 มีการดำเนินงานตามแผนให้พิจารณาร้อยละของแผนที่ได้ดำเนินการเทียบกับระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>    รอบที่ 2 ก็ให้นับคะแนนทั้ง 5 ระดับ เท่ากับ 5 คะแนน โดยพิจารณาการดำเนินงานตามแผนให้ประเมินร้อยละของแผนที่ได้ดำเนินการเทียบกับระยะเวลาที่กำหนด</p>			
<p><b>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</b></p>	<p>1..นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 832 2058</p> <p>2..นางสาวชุตติญา บุญพงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 130 6690</p>			

ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สูงสุด
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขและกำลังคนทางสุขภาพ ของจังหวัดสระแก้วมีความเพียงพอ มีสมรรถนะสูง มีความสุขในการทำงานและมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาขีดความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพในการสร้างนวัตกรรม สุขภาพสู่ความเป็นเลิศของระบบสาธารณสุข (Health Work Force)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด/อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	23.ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
คำนิยาม	<p>แผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง แผนกำลังคนด้านสุขภาพของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งได้ดำเนินการกำหนดแผนอัตรากำลัง แผนการพัฒนา กำลังคน และแผนบริหารกำลังคนของหน่วยบริการ</p> <p>หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p> <p>อัตรากำลัง หมายถึง จำนวนและประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงอยู่ที่หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ซึ่งได้จากระบบข้อมูล ของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโปรแกรม HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป.</p> <p>หน่วยบริการที่มีอัตรากำลังสอดคล้องกับแผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีอัตรากำลัง 80-100% ของแผนอัตรากำลังในแผนกำลังคนด้านสุขภาพ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการ (โรงพยาบาล 9 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 107 แห่ง ) มีการวางแผนอัตรากำลังคนด้านสุขภาพ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางการของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุข(โรงพยาบาล 9 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 107 แห่ง) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS เทียบกับแผนกำลังคนของหน่วยบริการ</li> <li>2.วิเคราะห์จากข้อมูลรายงานแผนกำลังคน ทุกวันที่ 20 ของเดือน</li> <li>3.วิเคราะห์จากแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยบริการเทียบกับจังหวัด</li> </ol>

เกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2560 :																							
ระดับกิจกรรม		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4																		
ระดับ 1 ( 1คะแนน) 1.หน่วยบริการมีผลการวิเคราะห์อัตรากำลัง และผลการวิเคราะห์การ ส่วนขาดเพื่อการพัฒนาบุคลากร 2.มีการจัดทำฐานข้อมูลบุคลากรให้เป็นปัจจุบันภายในวันที่ 20 ของทุก เดือน		/	/	/	/																		
ระดับ 2 (1 คะแนน) 2.1 หน่วยบริการมีแผนกำลังคนด้านบริหารจัดการบุคลากร (HRM 0.5 คะแนน) 2.2 หน่วยบริการมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ด้านการพัฒนาบุคลากร (HRD 0.5 คะแนน)		/	/	/	/																		
ระดับ 3 (1คะแนน) มีผลสำเร็จการรายงานข้อมูลบุคลากรทุกวันที่ 20 ของเดือน		/	/	/	/																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>0.2</th> <th>0.4</th> <th>0.6</th> <th>0.8</th> <th>1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รอบ6เดือน จำนวนครั้งที่ รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือน</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>รอบ12เดือน จำนวนครั้งที่ รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือน</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>		คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	รอบ6เดือน จำนวนครั้งที่ รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือน	2	3	4	5	6	รอบ12เดือน จำนวนครั้งที่ รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือน	4	6	8	10	12				
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1																		
รอบ6เดือน จำนวนครั้งที่ รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือน	2	3	4	5	6																		
รอบ12เดือน จำนวนครั้งที่ รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือน	4	6	8	10	12																		
ระดับ 4(1คะแนน) มีการดำเนินการตามแผน HRM และ HRD		/	/	/	/																		
ระดับ 5 (1 คะแนน) มีการถอดบทเรียน และสรุปรายงานการถอดบทเรียนการวางแผน กำลังคนทั้งในด้าน HRM และ HRD					/																		
วิธีการประเมินผล :	1.นิเทศงานรอบปกติ ปี ละ 2 ครั้ง 2.ตรวจสอบและวิเคราะห์จากรายงานการวางแผนกำลังคนของหน่วยบริการ 3.รอบ 6 เดือน นับคะแนนจากระดับ 1ถึงระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน นับคะแนนจากระดับ 1 ถึง ระดับ 5 เท่ากับ 5 คะแนน																						
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางสาวชุตีพร โดษะนันท์ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ 2. นางสาวธมพร ศรียาโยชน์ นักทรัพยากรบุคคล 3. นางสาวชุตีญา บุญพงษ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ																						

ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขและกำลังคนทางสุขภาพของจังหวัดสระแก้วมีความเพียงพอ มีสมรรถนะสูง มีความสุขในการทำงานและมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาขีดความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพในการสร้างนวัตกรรมสุขภาพสู่ความเป็นเลิศของระบบสาธารณสุข (Health Work Force)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด/อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	24.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การพัฒนาบุคลากร เป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้า และทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นที่ปรึกษา การสอนแนะ(Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด</p> <p>บุคลากร หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 6 สายงาน ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</li> <li>2. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</li> <li>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</li> </ol> </li> <li>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์</li> <li>4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย ชุมการ การเงิน พัสดุ นิติกร ฯลฯ</li> <li>5. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากร</li> </ol>



	ทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลัง			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด			
วัตถุประสงค์	ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ระบุในแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการพัฒนาบุคลากร			
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการพัฒนาจากโรงพยาบาล 9 แห่ง , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(รวมรพ.สต.)/ 9 แห่ง ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง			
รายการข้อมูล 1	แผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน			
รายการข้อมูล 2	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปี 2560			
รายการข้อมูล 3	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดจำแนกตามกลุ่มตามค่านิยาม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>				
<b>ระดับกิจกรรม</b>	<b>ไตรมาส 1</b>	<b>ไตรมาส 2</b>	<b>ไตรมาส 3</b>	<b>ไตรมาส 4</b>
ระดับ 1 โรงพยาบาล,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(รวมรพ.สต.) มีการจำแนกและสรุปจำนวนบุคลากรแต่ละกลุ่มของหน่วยงาน (1 คะแนน)	/			
ระดับ 2 โรงพยาบาล,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(รวมรพ.สต.) มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน (1 คะแนน)	/			
ระดับ 3 มีการผลการพัฒนาบุคลากรเฉลี่ยทุกกลุ่ม ร้อยละ 50 (1 คะแนน)		/		
ระดับ 4 มีการผลการพัฒนาบุคลากรเฉลี่ยทุกกลุ่ม ร้อยละ 80 (1.5 คะแนน)			/	
ระดับ 5 มีรายงานการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)				/
<b>หมายเหตุ</b> การประเมินรอบที่ 1 คิดระดับ 3 เป็นคะแนนเต็ม 5 คะแนน				
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับเกณฑ์ และคำนวณตามสูตรที่กำหนด			
<b>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</b>	1.นางสาวชุตติญา บุญพงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 095 493 0648 2.นางณัฐภรณ์ มลิजार นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 082 219 5599			

ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สูงสุด
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขและกำลังคนทางสุขภาพของ จังหวัดสระแก้วมีความเพียงพอ มีสมรรถนะสูง มีความสุขในการทำงานและมีความคงอยู่ อย่างภาคภูมิใจ
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาขีดความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพในการสร้างนวัตกรรม สุขภาพสู่ความเป็นเลิศของระบบสาธารณสุข (Health Work Force)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด/อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	25.อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (loss rate)
คำนิยาม	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ หมายความว่ารวมถึงการออกจากงานทุกเหตุผลโดย เปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่ออกจากงานกับจำนวนบุคลากรของหน่วยงาน ทั้งนี้ รวมถึง การลาออก การถูกให้ออกโดยมีความผิด การลดกำลังคนเนื่องจากการลดขนาดเกษียณอายุ และเสียชีวิต
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการสูญเสียบุคลากรทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว) ลดลงจากเดิม ร้อยละ 5 – 9.99	
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการบุคลากรของหน่วยงาน ในเรื่องที่สามารถ ป้องกันหรือลดการสูญเสียบุคลากรได้
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลจากรายงานการสูญเสียบุคลากรของทุกหน่วยงาน 2.จัดเก็บข้อมูลจากการกำหนดมาตรการในการป้องกันหรือลดอัตราการสูญเสียบุคลากร
แหล่งข้อมูล	1.เอกสารคำสั่งที่จัดเก็บในแฟ้มคำสั่ง 2.สรุปรายงานจากการจัดเก็บข้อมูลการสูญเสียบุคลากรของผู้รับผิดชอบงาน 3.แบบสรุพบวิเคราะห์รายงานการสูญเสียบุคลากรของหน่วยงานจำแนกตามสาเหตุการสูญเสีย 4.แบบรายงานการกำหนดมาตรการในการป้องกันหรือลดอัตราการสูญเสียบุคลากร
รายการข้อมูล 1	A = อัตราบุคลากรที่สูญเสียเดิม
รายการข้อมูล 2	B = อัตราการสูญเสียที่ลดลง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 สิงหาคม 2560

เกณฑ์การประเมิน :ระดับเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส ในปีงบประมาณ 2560					
ระดับกิจกรรม		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ระดับ 1 ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว บันทึกข้อมูลการสูญเสียบุคลากรให้เป็นปัจจุบัน (1 คะแนน)		/	/	/	/
ระดับ 2 สรุปวิเคราะห์รายงานการสูญเสียบุคลากรจำแนกตามสาเหตุของการสูญเสียว่าสาเหตุใดสามารถป้องกันหรือสูญเสียบุคลากร (1 คะแนน)			/		
ระดับ 3 หน่วยงานมีการกำหนดมาตรการในการป้องกันหรือลดอัตราการสูญเสียบุคลากร และดำเนินการตามมาตรการ (1 คะแนน)			/	/	/
ระดับ 4 อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพลดลงจากอัตราการสูญเสียเดิมร้อยละ 5 – 9.99 (1 คะแนน)					/
คะแนน	0.6	0.7	0.8	0.9	1
อัตราที่ลดลง	5	6	7	8	9
ระดับ 5 มีการรายงานการถอดบทเรียน (1คะแนน)					/
วิธีการประเมินผล :	1.ติดตามและประเมินผลจากการนิเทศงานรอบปกติ 2 รอบ 2.ตรวจสอบจากสรุปผลการดำเนินงานที่หน่วยงานส่งให้ปีละ 2 ครั้ง (เดือนก.พ. และส.ค.) 3.คะแนนรอบ 6เดือน เท่ากับ ระดับ 1 ถึง ระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน เท่ากับ ระดับ 1ถึงระดับ 5 เท่ากับ 5 คะแนน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	-	-	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 832 2058 2.นางสาวไพลิน วัฒนมะณี นักทรัพยากรบุคคล โทร 095 958 2413				

ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขและกำลังคนทางสุขภาพของจังหวัดสระแก้วมีความเพียงพอ มีสมรรถนะสูง มีความสุขในการทำงานและมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาขีดความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพในการสร้างนวัตกรรมสุขภาพสู่ความเป็นเลิศของระบบสาธารณสุข (Health Work Force)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	26.ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ
คำนิยาม	หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีอัตรากำลังบุคลากร ไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคน บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ พนักงานราชการลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงฯ และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน แบ่งเป็น สายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย จพ.สาธารณสุข จพ.ทันตสาธารณสุข และสายสนับสนุน ที่สามารถมีได้ในสถานีนอามัย
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ	70 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีอัตรากำลังบุคลากร ไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS ของ สป. เทียบกับแผนกำลังคนของจังหวัด 2. วิเคราะห์จากรายงานข้อมูลบุคลากร ของจังหวัด กำหนดส่งภายในวันที่ 20 ของเดือน
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลอัตรากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. 2. รายงานข้อมูลบุคลากร ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ส่งให้จังหวัดในวันที่20ของเดือน 3. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง (FTE2)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2559 – 31 สิงหาคม 2560

เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :														
ระดับกิจกรรม	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4										
ระดับ 1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีการปรับปรุงข้อมูลบุคลากรภายในวันที่20 ของเดือน (1 คะแนน)	/	/	/	/										
ระดับ 2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (1 คะแนน)		/												
ระดับ 3 มีการดำเนินการสรรหาบุคลากรตามแผนกำลังคน ไตรมาส 2 (1.5 คะแนน)		/	/	/										
ระดับ 4 . สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน (1 คะแนน)				/										
<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>.7</td> <td>.8</td> <td>.9</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>65</td> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> </tr> </table>	คะแนน	.7	.8	.9	1	ร้อยละ	65	70	75	80				
คะแนน	.7	.8	.9	1										
ร้อยละ	65	70	75	80										
ระดับ 5 มีรายงานการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)				/										
วิธีการประเมินผล :	1. มีการนิเทศเพื่อติดตามงาน 2 ครั้ง/ปี 2. มีการตรวจสอบข้อมูลแผนกำลังคน 3. การประเมินรอบ 6 เดือน นับคะแนนจากระดับ 1 ถึงระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน นับคะแนนจากระดับ 1 ถึง ระดับ 5 เท่ากับ 5 คะแนน													
เอกสารสนับสนุน :	-แผนกำลังคนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง (9 แห่ง)													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
			2557	2558										
	-	ร้อยละ	-	-										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :037-425141-4 ต่อ 306      โทรศัพท์มือถือ :089-8322058 โทรสาร : 037-425101-4 ต่อ 100 2. นางสาวธมพร ศรียาโยชน์ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 306      โทรศัพท์มือถือ : 094-7833799 โทรสาร :037-425101-4 ต่อ 100      E-mail :loveyou.t@hotmail.com													

ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 9 เสริมสร้างและพัฒนาให้ทุกหน่วยงานสาธารณสุขเป็นองค์กรธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย พัฒนาให้หน่วยบริการมีความมั่นคงด้านการเงินการคลัง
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการให้องค์กรมีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด/อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	27. ระดับความสำเร็จการจัดทำรายงานการควบคุมภายในครบถ้วนและทันเวลาตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544
คำนิยาม	<p><b>การควบคุมภายใน</b> หมายความว่า การที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหารและบุคลากรของหน่วยงาน จัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการควบคุมภายในด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ซึ่งรวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน ด้านความเชื่อถือได้ของรายงานทางการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรี โดยการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ที่ประกอบด้วย การระบุปัจจัยเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง ด้วยการจัดทำระบบขั้นตอนการปฏิบัติงาน ระยะเวลาแล้วเสร็จ และมีการค้นหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในกระบวนการ เพื่อนำความเสี่ยงที่มีหรือที่คาดเห็นมาจัดการความเสี่ยงให้หมดไปหรืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้</p> <p><b>ความเสี่ยง (Risk)</b> หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลความสูญเปล่า หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคต และมีผลกระทบหรือทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป้าประสงค์ และเป้าหมายขององค์กร ทั้งในด้านยุทธศาสตร์การปฏิบัติงาน การเงิน และการบริหาร ซึ่งอาจเป็นผลกระทบทางบวกด้วยก็ได้ โดยการวัดจากผลกระทบ (Impact) ที่ได้รับและโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) ของเหตุการณ์</p> <p><b>ความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการ</b> หมายถึง การที่หน่วยงานทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงาน งาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการปฏิบัติราชการโดยมุ่งเน้นการมองเห็นภาพโดยตลอดปราศจากประเด็นแอบแฝงซ่อนเร้น มีข้อมูลชัดเจน ละเอียด ประกอบการประสานงาน การร่วมมือร่วมใจ และการตัดสินใจ เพื่อทำให้เกิดความโปร่งใสในองค์กร (Corporate transparency) ที่เน้นการขจัดอุปสรรค และ/หรือการอำนวยความสะดวกให้ประชาชน เข้าสู่อินเทอร์เน็ตข่าวสารขององค์กร กฎหมาย กฎระเบียบ และกระบวนการทำงานโดยสะดวก โดยความโปร่งใสที่ใช้ในการบริหารงาน หมายความว่ารวมถึง การสร้างความเปิดเผย เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งจากภายในและภายนอกหน่วยงานสามารถเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ มีการสื่อสาร การแสดงความรับผิดชอบ พร้อมรับการตรวจสอบ รวมทั้งมีกระบวนการในการติดตามและประเมินผลที่ได้รับการยอมรับว่าเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ด้วย (แนวทางสร้างมาตรฐานความโปร่งใสของส่วนราชการ : สำนักงาน ก.พ., 2553)</p>

เกณฑ์ เป้าหมาย :	ประสิทธิภาพในการจัดทำรายงานผลควบคุมภายในครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ระดับ 5																																									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและ เห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน</li> <li>2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด</li> <li>3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน</li> </ol>																																									
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>2. โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว/รพ.อรัญประเทศ)</li> <li>3. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 7 แห่ง</li> <li>4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ 9 แห่ง</li> <li>5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 108 แห่ง</li> </ol>																																									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล																																										
แหล่งข้อมูล	รายงานหลักฐานเชิงประจักษ์ รอบที่ 1 รอบที่ 2																																									
เกณฑ์การ ประเมิน :	<p>กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงาน และค่าคะแนนตามเป้าหมายของแต่ละรอบการประเมิน (1 ตุลาคม – 30 กันยายน)</p> <p>รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2559 – 31 มีนาคม 2560)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับคะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ระดับที่ 1</th> <th>ระดับที่ 2</th> <th>ระดับที่ 3</th> <th>ระดับที่ 4</th> <th>ระดับที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>ระดับความสำเร็จของการให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 มีคำสั่งกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน</p> <p>ระดับที่ 2 มีการประชุมมอบนโยบายในที่ประชุม คปสจ./คปสอ. /กบห.</p> <p>ระดับที่ 3 นำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐาน การควบคุมภายใน ของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน</p> <p>ระดับที่ 4 มีผังการดำเนินงาน (Flow Chart) และคำสั่งมอบหมายงาน (Job Description)รายบุคคล</p> <p>ระดับที่ 5 การจัดทำรายงานระดับองค์กร แบบ ปอ.1 แบบ ปอ.2 แบบ ปอ.3 แล้วเสร็จภายใน 90วัน</p>	ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5	1	✓					2	✓	✓				3	✓	✓	✓			4	✓	✓	✓	✓		5	✓	✓	✓	✓	✓
ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)																																									
	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5																																					
1	✓																																									
2	✓	✓																																								
3	✓	✓	✓																																							
4	✓	✓	✓	✓																																						
5	✓	✓	✓	✓	✓																																					

<p>นับจาก สิ้นปีงบประมาณ(ภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2559) กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 แล้วเสร็จภายใน 60 วัน นับจาก สิ้นปีงบประมาณ (ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2559)</p> <p>รอบที่ 2 (1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560) ระดับความสำเร็จของการให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับคะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ระดับที่ 1</th> <th>ระดับที่ 2</th> <th>ระดับที่ 3</th> <th>ระดับที่ 4</th> <th>ระดับที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>ระดับที่ 1 มีรายงานการประชุม คณะกรรมการควบคุมภายใน (คปสจ./คปสอ./กบท)</p> <p>ระดับที่ 2 ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐาน การควบคุมภายในของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน</p> <p>ระดับที่ 3 มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>ระดับที่ 4 มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน รายงานรอบ 6 เดือน (15เมย.60)</p> <p>ระดับที่ 5 มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน รายงานรอบ 12เดือน (15ตค.60)</p>		ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5	1	✓					2	✓	✓				3	✓	✓	✓			4	✓	✓	✓	✓		5	✓	✓	✓	✓	✓
ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)																																									
	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5																																					
1	✓																																									
2	✓	✓																																								
3	✓	✓	✓																																							
4	✓	✓	✓	✓																																						
5	✓	✓	✓	✓	✓																																					
วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงาน และค่าคะแนนตามเป้าหมายของแต่ละรอบการประเมิน (1 ตุลาคม – 30 กันยายน)																																									
เอกสารสนับสนุน	-																																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	N/A																																									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td>นายไพรัชต์วีริต</td> <td>วิริยะภัคพงศ์</td> <td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</td> <td>095-9470035</td> </tr> <tr> <td>นางพ่องไส</td> <td>ม่วงประเสริฐ</td> <td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</td> <td>083-7227716</td> </tr> <tr> <td>นางวรางคณา</td> <td>ศิริวัลย์</td> <td>เจ้าพนักงานสาธารณสุข</td> <td>092-4696562</td> </tr> </table>	นายไพรัชต์วีริต	วิริยะภัคพงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	095-9470035	นางพ่องไส	ม่วงประเสริฐ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	083-7227716	นางวรางคณา	ศิริวัลย์	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	092-4696562																													
นายไพรัชต์วีริต	วิริยะภัคพงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	095-9470035																																							
นางพ่องไส	ม่วงประเสริฐ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	083-7227716																																							
นางวรางคณา	ศิริวัลย์	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	092-4696562																																							



ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 9 เสริมสร้างและพัฒนาให้ทุกหน่วยงานสาธารณสุขเป็นองค์กรธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย พัฒนาให้หน่วยบริการมีความมั่นคงด้านการเงินการคลัง
โครงการที่	15. โครงการการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด/อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	28. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของ การประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับ ดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็น กรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลัก ที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนก องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถาม ความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงานไป</p> <p>องค์ประกอบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูล เอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ในการดำเนินงานของ หน่วยงาน</li> <li>2. ความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ</li> <li>3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของ หน่วยงานภาครัฐ</li> <li>4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บน พื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> <li>5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> </ol>

	<p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ(4) เครือข่าย มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะที่ 2 ในปี 2560 คือ 50 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) จำนวนทั้งสิ้น 19 แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 11 ข้อใหญ่ 42 ข้อย่อยเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น</p>
<p>เกณฑ์ เป้าหมาย :</p>	<p>ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน</li> </ol>
<p>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>2.โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว/รพ.อรัญประเทศ)</li> <li>3.โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 7 แห่ง</li> <li>4.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ 9 แห่ง</li> </ol> <p>ประเมินตนเอง(Self-Assessment)ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p> <p>หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายตามข้อ 1. ข้อ 2. จำนวน 3 หน่วยงาน เป็นหน่วยงาน ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน</p>

	ป.ป.ช. (จำนวน 3 เครื่องมือ)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล				
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 (ใน 1 ปี)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การประเมิน :	ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส ปี 2560			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
วิธีการประเมินผล :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB3 ในไตรมาสที่ 1 ธันวาคม 2559	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 2 มีนาคม 2560	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 3 มิถุนายน 2560	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 4 กันยายน 2560
	หน่วยงานจำนวน 3 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคม 2559) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคม 2560) ไตรมาสที่			

	3 (เดือนมิถุนายน 2560) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายน 2560)		
เอกสาร สนับสนุน :	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	N/A		
ผู้ให้ข้อมูล ทางวิชาการ / ผู้ ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายไพรัชต์วีริต วิริยะภักคพงศ์ นางพองใส ม่วงประเสริฐ นางวรางคณา ศิวาลัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ เจ้าพนักงานสาธารณสุข	095-9470035 083-7227716 092-4696562

ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 9 เสริมสร้างและพัฒนาให้ทุกหน่วยงานสาธารณสุขเป็นองค์กรธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย พัฒนาให้หน่วยบริการมีความมั่นคงด้านการเงินการคลัง
โครงการที่	16. โครงการเสริมสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลัง หน่วยบริการจังหวัดสระแก้ว
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	อำเภอ
ระดับการวัดผล	จังหวัด/โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	1.ระดับจังหวัด: 29. ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการไม่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 2.ระดับโรงพยาบาล: 29. ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการไม่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 30. หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 5
คำนิยาม	<p>1) หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีปัญหาทางการเงินโดยมีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ทำให้ขาดสภาพคล่องหรือมีสถานะการเงินอยู่ในระดับวิกฤติ กำหนดเป็นเกณฑ์วัดเป็น 7 ระดับ ประกอบด้วยดัชนีทางการเงิน 3 กลุ่ม ได้แก่</p> <p>1) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และ อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio)</p> <p>2) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย ทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital : NWC) และ รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income or EBITDA)</p> <p>3) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยเวลาน้อยกว่า 3 เดือน หรือ จะหมดภายในระยเวลาน้อยกว่า 6 เดือน</p> <p>ระดับคะแนนที่แสดงถึงการขาดสภาพคล่องหรือวิกฤติสูงสุดคือระดับ 7 โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้</p> <p>1) Current Ratio &lt; 1.5 = 1 คะแนน</p> <p>2) Quick Ratio &lt; 1.0= 1 คะแนน</p> <p>3) Cash Ratio &lt; 0.8 = 1 คะแนน</p> <p>4) ทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = 1 คะแนน</p> <p>5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน</p> <p>6) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย &lt; 3 เดือน = 2 คะแนน</p> <p>7) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย &lt; 6 เดือน = 1 คะแนน</p>

	<p>หน่วยบริการที่มีค่าดัชนีน้อยกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการเข้าสู่สถานะความเสี่ยงทางการเงินและต้องเฝ้าระวัง ซึ่งจะมีการประเมินทุกไตรมาส</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>ระบบข้อมูลบัญชีที่ดีและมีคุณภาพ ของหน่วยบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผลการประเมินผลสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง</p> <p>การบริการจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพมีส่วนสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการ</p> <p><b>2) หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ การเงิน หมายถึง</b> หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแผนหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ ตามจุดแข็งและบริบทของพื้นที่ โดยใช้แผนทางการเงิน Plan fin ข้อมูลแผนรายได้ Planfin2559 (หมวดรายได้ รายได้ค่ารักษาเบิกต้น สังกัด/รายได้ค่ารักษา อปท./รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง/รายได้ประกันสังคม/รายได้แรงงานต่างด้าว/รายได้ค่ารักษาและบริการอื่นๆ) เปรียบเทียบผลรายได้เกิดขึ้นจริง โดยกำหนดการประเมิน ร้อยละผลต่าง ผลรายได้เกิดขึ้นจริง-แผนรายได้ Planfin2559</p>																				
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p> <p>1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7</p>	<table border="1" data-bbox="197 1010 1433 1122"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ</p> <table border="1" data-bbox="197 1178 1433 1301"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	8	6	4	2	0	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	5	5	5	5	5
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																	
8	6	4	2	0																	
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																	
5	5	5	5	5																	
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน</li> <li>2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัตสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม</li> <li>3. เพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ</li> </ol>																				
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระแก้ว ระดับโรงพยาบาลทั่วไปและ</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลวัฒนานคร โรงพยาบาลวังน้ำเย็น โรงพยาบาลคลองหาด</li> </ul> <p>โรงพยาบาลตาพระยา โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์</p> <p>โรงพยาบาลโคกสูงและโรงพยาบาลวังสมบูรณ์</p>																				
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กลุ่มประกันสุขภาพ)</p> <p>รายไตรมาส จากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซต์(<a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คำสั่งคณะกรรมการ CFO สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO ระดับอำเภอ</li> </ul>																				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานแผนทางการเงิน plan fin 2560 แผนเพิ่มรายได้ และแผนแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลัง กรณีที่มีภาวะวิกฤตระดับ 4 ขึ้นไปของ CUP</li> <li>- ผลการประเมินเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการ Financial Administration Index : FAI</li> </ul>								
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระแก้ว</li> <li>-กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>-กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>								
<b>รายการข้อมูล 1</b>	<p>A1 = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน</p> <p>A2 = แผนรายได้ Planfin59 (หมวดรายได้ รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด/รายได้ค่ารักษา อปท./รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง/รายได้ประกันสังคม/รายได้แรงงานต่างด้าว/รายได้ค่ารักษาและบริการอื่นๆ)</p>								
<b>รายการข้อมูล 2</b>	<p>B1 = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด</p> <p>B2 = ผลรายได้เกิดขึ้นจริง (หมวดรายได้ รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด/รายได้ค่ารักษา อปท./รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง/รายได้ประกันสังคม/รายได้แรงงานต่างด้าว/รายได้ค่ารักษาและบริการอื่นๆ)</p>								
<b>สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด</b>	<p>1.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 <math>(A1/B1) \times 100</math></p> <p>2.หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ <math>(B2-A2) = \% \text{ ผลต่าง ผล-แผน}</math></p>								
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4								
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>									
ปี 2560 : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7									
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน(แห่ง)</th> <th>รอบ 6 เดือน(แห่ง)</th> <th>รอบ 9 เดือน(แห่ง)</th> <th>รอบ 12 เดือน(แห่ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน(แห่ง)	รอบ 6 เดือน(แห่ง)	รอบ 9 เดือน(แห่ง)	รอบ 12 เดือน(แห่ง)	0	0	0	0
รอบ 3 เดือน(แห่ง)	รอบ 6 เดือน(แห่ง)	รอบ 9 เดือน(แห่ง)	รอบ 12 เดือน(แห่ง)						
0	0	0	0						
ปี 2560 : หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ									
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน(ร้อยละ)</th> <th>รอบ 6 เดือน(ร้อยละ)</th> <th>รอบ 9 เดือน(ร้อยละ)</th> <th>รอบ 12 เดือน(ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน(ร้อยละ)	รอบ 6 เดือน(ร้อยละ)	รอบ 9 เดือน(ร้อยละ)	รอบ 12 เดือน(ร้อยละ)	5	5	5	5
รอบ 3 เดือน(ร้อยละ)	รอบ 6 เดือน(ร้อยละ)	รอบ 9 เดือน(ร้อยละ)	รอบ 12 เดือน(ร้อยละ)						
5	5	5	5						

<b>วิธีการ</b> <b>ประเมินผล :</b>	<b>การวัด/วิเคราะห์</b> 1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 1. การวัดกระบวนการการบริหาร ตามเกณฑ์ประเมินการบริหารประสิทธิภาพการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI) 2. การวัดผลลัพธ์ สถานะทางการเงิน ดัชนีวัดผลความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง ระดับภาวะวิกฤติทางการเงิน 2. หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ (B2-A2) = % ผลต่าง ผล-แผน <table border="1" data-bbox="343 562 1487 734"> <tr> <td>ผลรายได้เกิดขึ้น</td> <td>แผนรายได้รวม</td> <td>ผล-แผน</td> <td>% ผลต่าง</td> <td>วิเคราะห์</td> </tr> <tr> <td>จริงรวม</td> <td>planfin59</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>ผล-แผน</td> <td>เกิน/ต่ำ สาเหตุ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					ผลรายได้เกิดขึ้น	แผนรายได้รวม	ผล-แผน	% ผลต่าง	วิเคราะห์	จริงรวม	planfin59	จำนวนเงิน	ผล-แผน	เกิน/ต่ำ สาเหตุ					
ผลรายได้เกิดขึ้น	แผนรายได้รวม	ผล-แผน	% ผลต่าง	วิเคราะห์																
จริงรวม	planfin59	จำนวนเงิน	ผล-แผน	เกิน/ต่ำ สาเหตุ																
<b>เอกสาร</b> <b>สนับสนุน :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน</li> <li>- สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO</li> <li>- แผนแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลัง กรณีที่มีภาวะวิกฤติระดับ 4 ขึ้นไปของ CUP</li> <li>- เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการ Financial Administration Index</li> <li>- แผนทางการเงิน Plan fin 60</li> </ul>																			
<b>รายละเอียด</b> <b>ข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b> <table border="1" data-bbox="817 1137 1487 1977"> <tr> <td></td> <td><b>2557</b></td> <td><b>2558</b></td> <td><b>2559</b></td> </tr> <tr> <td>หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน</td> <td>ไตรมาส 1/57 ร้อยละ 14.28 ไตรมาส 2/57 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/57 ร้อยละ 0 ไตรมาส 4/57 ร้อยละ 14.28</td> <td>ไตรมาส 1/58 ร้อยละ 14.28 ไตรมาส 2/58 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/58 ร้อยละ 0 ไตรมาส 4/58 ร้อยละ 14.28</td> <td>ไตรมาส 1/59 ร้อยละ 0 ไตรมาส 2/59 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/59 ร้อยละ 0</td> </tr> <tr> <td>หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </table>				<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>	หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน	ไตรมาส 1/57 ร้อยละ 14.28 ไตรมาส 2/57 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/57 ร้อยละ 0 ไตรมาส 4/57 ร้อยละ 14.28	ไตรมาส 1/58 ร้อยละ 14.28 ไตรมาส 2/58 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/58 ร้อยละ 0 ไตรมาส 4/58 ร้อยละ 14.28	ไตรมาส 1/59 ร้อยละ 0 ไตรมาส 2/59 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/59 ร้อยละ 0	หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ	N/A	N/A	N/A			
	<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>																	
หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน	ไตรมาส 1/57 ร้อยละ 14.28 ไตรมาส 2/57 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/57 ร้อยละ 0 ไตรมาส 4/57 ร้อยละ 14.28	ไตรมาส 1/58 ร้อยละ 14.28 ไตรมาส 2/58 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/58 ร้อยละ 0 ไตรมาส 4/58 ร้อยละ 14.28	ไตรมาส 1/59 ร้อยละ 0 ไตรมาส 2/59 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/59 ร้อยละ 0																	
หน่วยบริการสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังจากการเพิ่มรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ	N/A	N/A	N/A																	
<b>ผู้ให้ข้อมูล</b> <b>ทางวิชาการ</b>	1. แพทย์หญิงอรรัตน์ จันทร์เพ็ญ      นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425-141      โทรศัพท์มือถือ : 081-308-5655																			





ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สูงสุด				
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 9 เสริมสร้างและพัฒนาให้ทุกหน่วยงานสาธารณสุขเป็นองค์กรธรรมาภิบาล อย่างแท้จริง และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย พัฒนาให้หน่วยบริการมีความมั่นคงด้านการเงินการคลัง				
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	สสอ./รพ./รพ.สต.				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	31 ร้อยละของคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพไม่น้อยกว่า 80				
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และคุณภาพการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</li> <li>2. คุณภาพการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพตามเอกสารการประเมินคุณภาพข้อมูลไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</li> </ol> <p>กรณี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้คิดจากค่าเฉลี่ยคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ รพ. สต. ทุกแห่งในสังกัด</p>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่น้อยกว่า 80 %	ไม่น้อยกว่า 85 %	ไม่น้อยกว่า 90 %	ไม่น้อยกว่า 95 %	1. ไม่น้อยกว่า 95 %
วัตถุประสงค์	เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC)				
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	รพ./รพ.สต. ภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ</li> <li>2. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย</li> </ol>				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>3. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพในปีงบประมาณ (Records)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อมูลทั้งหมดในปีงบประมาณ (Records)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ : $(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				



ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์กร บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สูงสุด				
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 9 เสริมสร้างและพัฒนาให้ทุกหน่วยงานสาธารณสุขเป็นองค์กรธรรมาภิบาล อย่างแท้จริง และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย พัฒนาให้หน่วยบริการมีความมั่นคงด้านการเงินการคลัง				
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	32. หน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))				
คำนิยาม	Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของ ผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบสุขภาพ				
เกณฑ์เป้าหมาย (1 = แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้, 0 = แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพไม่ได้)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1	1	1	1	1
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในจังหวัดสระแก้ว				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจ				
รายการข้อมูล 1	A = (แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ = 1, แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพไม่ได้ = 0)				
รายการข้อมูล 2	B = 1				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง (เดือน มีนาคม, สิงหาคม)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 : หน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1	1	1	1	
ปี 2561 : หน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1	1	1	1	
ปี 2562 : โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1	1	1	1	
ปี 2563 : โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1	1	1	1	



ยุทธศาสตร์ที่	3.การบริหารจัดการ องค์การ บุคลากร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สูงสุด			
กลยุทธ์ที่	กลยุทธ์ที่ 9 เสริมสร้างและพัฒนาให้ทุกหน่วยงานสาธารณสุขเป็นองค์กรธรรมาภิบาล อย่างแท้จริง และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย พัฒนาให้หน่วยบริการมีความมั่นคงด้านการเงินการคลัง			
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย			
ลักษณะ	Leading Indicator			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	33 ร้อยละของข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุไม่เกิน 25			
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของโรงพยาบาลไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุ การตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ไม่เกิน 25 %	ไม่เกิน 25 %	ไม่เกิน 25 %	ไม่เกิน 25 %
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้าน สุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข			
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	สาเหตุการตาย : 9 โรงพยาบาลใน จ.สระแก้ว			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย			
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ราย)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อมูลการตายทั้งหมด (ราย)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :สาเหตุการตาย				
	ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	2560		ไม่เกิน 25 %	ไม่เกิน 25 %
	2561		ไม่เกิน 25 %	ไม่เกิน 25 %
	2562		ไม่เกิน 25 %	ไม่เกิน 25 %
	2563		ไม่เกิน 25 %	ไม่เกิน 25 %
	2564		ไม่เกิน 25 %	ไม่เกิน 25 %



ยุทธศาสตร์ที่	4. การบริหารจัดการสาธารณสุขชายแดน และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษมีประสิทธิภาพ
กลยุทธ์ที่	10. พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้วเพื่อรองรับการพัฒนาพื้นที่สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ในด้านการจัดการระบบสุขภาพ การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การตอบโต้และเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
โครงการที่	18. เตรียมความพร้อมบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย เพื่อรองรับการพัฒนาพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและพื้นที่สาธารณสุขชายแดน
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละ 100 ของรพ.ในจังหวัด และร้อยละ 100 ของรพ.สต.ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีผู้ประสานงานด้านภาษา (รพ. 9 แห่ง รพ.สต. 6 แห่ง)
คำนิยาม	ผู้ประสานงานด้านภาษา หมายถึง ผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษากัมพูชา เมียนมา เวียดนาม อังกฤษ
เกณฑ์เป้าหมาย : 1 คนต่อแห่ง	
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นผู้ประสานงานด้านภาษาระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วยชาวต่างชาติ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล 9 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบฟอร์มการจัดจ้าง
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล 9 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ประสานงานด้านภาษาโรงพยาบาล 9 แห่ง
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนผู้ประสานงานด้านภาษาโรงพยาบาล 9 แห่ง หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ 6 แห่ง
รายการข้อมูล 3	B1 = โรงพยาบาล 9 แห่ง
รายการข้อมูล 4	B2 = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ 6 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ความครอบคลุมของโรงพยาบาล = $(A1/B1) \times 100$ ความครอบคลุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ = $(A2/B2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)
เกณฑ์การประเมิน : 1 คนต่อแห่ง	
วิธีการประเมินผล :	
เอกสารสนับสนุน :	การจัดจ้าง



รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			1	1	0
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 ต่อ 308 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทรศัพท์มือถือ : 08 1940 7947		
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	2. นายสมโภชน์ เจริญยิ่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 ต่อ 308 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100	ผู้รับผิดชอบงาน	โทรศัพท์มือถือ : 08 9748 8205 E-mail : somphote_ch@hotmail.com		

ยุทธศาสตร์ที่	4. การบริหารจัดการสาธารณสุขชายแดน และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษมีประสิทธิภาพ
กลยุทธ์ที่	10. พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้วเพื่อรองรับการพัฒนาพื้นที่สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ในด้านการจัดการระบบสุขภาพ การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การตอบโต้และเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
โครงการที่	18. เตรียมความพร้อมบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย เพื่อรองรับการพัฒนาพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและพื้นที่สาธารณสุขชายแดน
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล/รพ.สต.
ชื่อตัวชี้วัด	100 % ของจนท.ผู้รับผิดชอบงานรพ.และรพ.สต.ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (รพ. 9 แห่ง รพ.สต. 6 แห่ง)
คำนิยาม	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาล หมายถึง เจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ อาชีวอนามัย และคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง เจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ หรืออาชีวอนามัย หรือคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 1 คน
เกณฑ์เป้าหมาย :	เจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษและเขมรได้ โรงพยาบาลละ 3 คนต่อแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คนต่อแห่ง
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนเจ้าหน้าที่ให้สื่อสารกับผู้ป่วยชาวต่างชาติ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล 9 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ 6 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินทักษะการสื่อสาร
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล 9 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ 6 แห่ง
รายการข้อมูล 1	A1=จำนวนเจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษและเขมรได้ในโรงพยาบาล 9 แห่ง
รายการข้อมูล 2	A2=จำนวนเจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษและเขมรได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ 6 แห่ง
รายการข้อมูล 2	B1 = โรงพยาบาล 9 แห่ง ๆ ละ 3 = 27 คน
รายการข้อมูล 2	B2 = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ 6 แห่ง ๆ ละ 1 = 6 คน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ความครอบคลุมของโรงพยาบาล = $(A1/B1) \times 100$ ความครอบคลุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ = $(A2/B2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)
เกณฑ์การประเมิน :	= เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลสามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษและเขมรได้ แห่งละ 3 คนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษและเขมรได้ แห่งละ 1 คน

วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบผลการประเมินผล		
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินทักษะการสื่อสาร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก		หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 ต่อ 308		โทรศัพท์มือถือ : 08 1940 7947		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	2. นายสมโภชน์ เจริญยิ่ง		ผู้รับผิดชอบงาน		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 ต่อ 308		โทรศัพท์มือถือ : 08 9748 8205		
	โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		E-mail : somphote_ch@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน	1. นายสมโภชน์ เจริญยิ่ง		ผู้รับผิดชอบงาน		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 ต่อ 308		โทรศัพท์มือถือ : 08 9748 8205		
	โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		E-mail : somphote_ch@hotmail.com		

ยุทธศาสตร์ที่	4. การบริหารจัดการสาธารณสุขชายแดน และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีประสิทธิภาพ
กลยุทธ์ที่	10. พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้วเพื่อรองรับการพัฒนาพื้นที่สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ในด้านการจัดการระบบสุขภาพ การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การตอบโต้และเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
โครงการที่	19. โครงการพัฒนาระบบจัดการสุขภาพ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การตอบโต้และเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ ระบบบริการ เพื่อพัฒนาพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและพื้นที่สาธารณสุขชายแดน
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	37.ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
คำนิยาม	<p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC)</p> <p>หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวก รวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้ออกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT)</p> <p>หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :						
ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมายการดำเนินงาน				
		2560	2561	2562	2563	2564
อำเภอมีคะแนนศูนย์ EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ปี 2560 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 80)						
ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย						
ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้						
ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้						
ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้						
ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 80)						
		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
		ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีคะแนน EOC และ SAT ผ่านร้อยละ 80					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 - ไตรมาส 4					
เกณฑ์การประเมิน :						
รอบแรก ประเมินขั้นตอนที่ 1-3 ถ่วงน้ำหนัก 100 คะแนน /รอบที่ 2 ประเมิน 1-5 คะแนนรวม 100 คะแนน						
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน			เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล	
	1 ระบบ	-จัดทำโครงสร้างระบบ ICS รองรับศูนย์			- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ	

	<p>ปฏิบัติการ (10 คะแนน)</p>	<p>ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC) (5 คะแนน) - จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ (5 คะแนน)</p>	<p>ตามระบบ ICS และศูนย์ EOC ระดับอำเภอ - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ</p>
	<p>2 EOC (15 คะแนน)</p>	<p>- จัดเตรียมสถานที่/อุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ EOC (5 คะแนน) - จัดระบบเฝ้าระวังและรายงาน กรณีเกิดสาธารณภัย (5 คะแนน) - มีแผนงานโครงการ EOC&amp;SAT (5 คะแนน)</p>	<p>- สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิด ศูนย์ EOC - flow chart SAT /ระบบเฝ้าระวังโรคระบาดและสาธารณภัย - แผนงาน/โครงการ</p>
	<p>3 แผนงาน/โครงการ (15 คะแนน)</p>	<p>- วิเคราะห์ และจัดลำดับสาธารณภัยที่เสี่ยงในพื้นที่ (2 คะแนน) - ทีม SAT ระดับอำเภอได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงาน/อบรมพื้นฐาน (3 คะแนน) - จัดทำแผนตอบโต้ฯ สาธารณภัยที่เสี่ยงในพื้นที่ (5 คะแนน) - แผนประกอบกิจการ (5 คะแนน)</p>	<p>- แบบสรุป - รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรมการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน - มีแผนตอบโต้ฯ กรณีที่เป็นสาธารณภัย - แผนประกอบกิจการ</p>
	<p>4 ผลงาน 40 คะแนน</p>	<p>- ดำเนินการตามแผนงานโครงการจนแล้วเสร็จ (10 คะแนน) - การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ EOC &amp; ICS ระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ครั้ง (10 คะแนน) - เปิดศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ และจัดทำ Action Plan และดำเนินการตอบโต้ฯ (หรือกรณีไม่มีสาธารณภัยต้อง ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่หรือสาธารณภัยในพื้นที่ 2 ครั้ง/ปี) (20 คะแนน)</p>	<p>- สรุปผลงานตามแผนงาน/โครงการ - สรุปรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิด EOC ระดับอำเภอ - รายงานประชุมเปิด-ปิดแผนสาธารณภัย Action Plan หรือสรุปผลการซ้อมแผนฯ หรือสรุปผลการซ้อมแผนฯ กรณีไม่เกิดสาธารณภัยในพื้นที่</p>
	<p>5 ผลงานเด่น (20 คะแนน)</p>	<p>- มีนวัตกรรม Excellance OEC ระดับอำเภออำเภอ/วิจัย ฯลฯ (10 คะแนน) - สรุปผลงาน/ถอดบทเรียน (10 คะแนน)</p>	<p>- เอกสารเป็นรูปธรรม</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>		<p>1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564</p>	

		2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			พ.ศ.
			2557	2558	2559	
	อำเภอมีคะแนนศูนย์ EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ร้อยละ 80	ร้อยละ	-	-	-	
ผู้ให้ข้อมูล / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 0 81940 7947		
		2. นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)		1.นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1 นายสมบัติ พึ่งเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100		ผู้รับผิดชอบงาน โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985 E-mail : abc1669@hotmail.com		

ตัวชี้วัดลงนามตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วจังหวัดสระแก้วปี 2560

ตัวชี้วัดลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

ของ รองนพ.สสจ./ผอ.รพ. /สสอ. และหัวหน้ากลุ่มงาน สสจ.สระแก้ว ปี ๒๕๖๐

10%

- ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข

20%

- ร้อยละของหน่วยงานมีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK

20%

- ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่

10%

- ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุณธรรม และความโปร่งใสในองค์กรคุณธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปี 2560

30%

- ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน คปสอ.ติดดาว จังหวัดสระแก้ว ปี 2560

10%

- ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์ To Excellent

To Excellent จังหวัดสระแก้ว ปี 60

ลำดับ	คป.สอ.	To Excellent		กลุ่มงานที่เป็นที่เสี่ยง	รองที่รับผิดชอบ
		คปสอ.	กลุ่มงาน		
1	เมืองสระแก้ว	CKD	การดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย	แพทย์แผนไทย	รองอรรถรัตน์
			RDU (Resonal Drug Use)	คุ้มครองผู้บริโภค	
			CFO(Chief financial officer)	ประกันสุขภาพ	
2	เขาฉกรรจ์	One Health	GREEN & CLEAN	อนามัยสิ่งแวดล้อม	รองอรรถรัตน์
			EOC (Emergency operation center)	ควบคุมโรคติดต่อ	
3	ตาพระยา	Primary Care Cluster	PCC in country	พัฒนาคุณภาพระบบบริการ	รองญาณิ
			Child Development	ส่งเสริมสุขภาพ	
4	โคกสูง	NCD (ปฐมภูมิ)	CCA	ควบคุมโรคติดต่อ	รองญาณิ
5	วังน้ำเย็น	แพทย์แผนไทย (ปฐมภูมิ)	การจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน	นิติการ	รองไพรัชต์วีริศ
			-	ตรวจสอบภายใน	
6	วังสมบูรณ์	ปฐมภูมิ(4ดี) “ศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง อำเภอวังสมบูรณ์”	HR Data Center	ทรัพยากรบุคคล	รองไพรัชต์วีริศ
7	คลองหาด	สาธารณสุขชายแดน	การพัฒนาระบบคลังข้อมูลพัสดุจังหวัดสระแก้ว (Supply Data Center)	บริหารทั่วไป	รองไพรัชต์วีริศ
8	อรัญประเทศ	อำเภอผู้ก่อการดี	PHR (Personal Health Record)	พัฒนายุทธศาสตร์/สช.ชายแดน+เขตเศรษฐกิจพิเศษ	รองไพรัชต์วีริศ
9	วัฒนานคร	การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร	Fluoride for prevention of dental caries	ทันตสาธารณสุข	รองไพรัชต์วีริศ



## ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ 2560

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข
คำนิยาม	<p>1.ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข หมายถึง หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข โดยมีขั้นตอนศึกษาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข มีกระบวนการประเมิน Happy work place index และ Happy work life index มีการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรที่มีความสุขที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและองค์ประกอบของการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ และวิเคราะห์ผลของการประเมินโดยใช้ดัชนีวัดสุขภาวะระดับองค์กร(Happy work place index) และ ดัชนีวัดผลความรู้สึกรับ ประสบการณ์ของบุคลากรที่ทำงานกับองค์กร(Happy work life index) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อนำผลมาปรับปรุงแผนการพัฒนาองค์กร</p> <p>2. Happy work place index หมายถึง ดัชนีวัดสุขภาวะระดับองค์กรหรือหน่วยงาน ซึ่งมี 5 มิติ</p> <p>    มิติที่ 1 คือ สุขด้วยการจัดการ</p> <p>    มิติที่ 2 คือ สุขด้วยบรรยากาศ</p> <p>    มิติที่ 3 คือ สุขด้วยกระบวนการสร้างสุข</p> <p>    มิติที่ 4 คือ สุขด้วยสุขภาพภาพใจ</p> <p>    มิติที่ 5 คือ สุขด้วยผลลัพธ์</p> <p>3. Happy work life index หมายถึง ดัชนีวัดผลความรู้สึกรับ ประสบการณ์ของบุคลากรที่ทำงานกับองค์กรหรือหน่วยงาน โดยดูว่ามีความสบายใจในที่ทำงาน มีความรัก ความผูกพัน มีความภาคภูมิใจในองค์กร มั่นใจในอาชีพ รายได้ และความพึงพอใจกับความก้าวหน้าของตนเองในองค์กร</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของหน่วยงาน (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(รวม รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข ครบทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานมีการพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรที่มีความสุข เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.ตรวจสอบรายชื่อคณะทำงาน/คำสั่งคณะทำงาน</p> <p>2.ตรวจสอบรายงานผลการวิเคราะห์การประเมิน Happy work place index และ Happy work life index</p> <p>3 ตรวจสอบแผนพัฒนาองค์กร/แผนการปรับปรุงองค์กร/ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร หรืองบประมาณในการดำเนินงานตามแผน</p>

	5.ตรวจสอบรายงานการถอดบทเรียน					
แหล่งข้อมูล	1.เอกสารคำสั่ง 2.เอกสารแผนพัฒนาองค์กร/แผนปรับปรุงองค์กร 3.เอกสารผลการวิเคราะห์หลังประเมิน Happy work place index และ Happy work life index 4.เอกสารรายงานผลการดำเนินงานตามแผน และ เอกสารรายงานการถอดบทเรียน หมายเหตุ : เอกสารรายงานอาจเป็นในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ได้					
รายการข้อมูล 1	จำนวนหน่วยงานที่มีผลสำเร็จการการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุขครบทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ดำเนินการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนหน่วยงานที่มีผลสำเร็จการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุขครบทั้ง 5 ระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด*100  $\frac{\text{จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ดำเนินการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข}}{\text{จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ดำเนินการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข}}$					
ระยะเวลาดำเนินการ	1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 สิงหาคม 2559					
เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส						
	ระดับกิจกรรม	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
	ระดับ 1 มีผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการพัฒนางานองค์กรที่มีชีวิต (1 คะแนน)	/				
	ระดับ 2 (2.1) มีผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน) (2.2) มีการประเมิน Happy work place index (0.25 คะแนน) (2.3) มีการประเมิน Happy work life index (0.25 คะแนน) (2.4) มีแผนการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน)	/	/	/	/	
	ระดับ 3 ดำเนินการตามแผนพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข(1 คะแนน)	/	/	/	/	
	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0
	ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ	40	50	60	70	80
	ระดับ 4 (4.1) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work place index (0.5 คะแนน) (4.2) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work life index (0.5 คะแนน)			/	/	

<p>ระดับ 5</p> <p>(5.1) มีรายงานการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)</p> <p>(5.2) มีแผนการปรับปรุงการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.5 คะแนน)</p>				/
<p><b>วิธีการประเมินผล</b></p>	<p>1.ติดตามและประเมินผลจากการนิเทศงานรอบปกติ 2 รอบ</p> <p>2.ตรวจสอบจากสรุปรายงานผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน</p> <p>3.สอบถามจากทีมพี่เลี้ยงที่ดูแลระดับพื้นที่</p> <p>4..ใช้ KPI template นี้ ทั้ง 2 รอบการประเมิน</p> <p>    รอบที่ 1 ให้นับคะแนนในระดับ 1-3 เท่ากับ 5 คะแนน โดยระดับที่ 3 มีการดำเนินงานตามแผนให้พิจารณาร้อยละของแผนที่ได้ดำเนินการเทียบกับระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>    รอบที่ 2 ก็ให้นับคะแนนทั้ง 5 ระดับ เท่ากับ 5 คะแนน โดยพิจารณาการดำเนินงานตามแผนให้ประเมินร้อยละของแผนที่ได้ดำเนินการเทียบกับระยะเวลาที่กำหนด</p>			
<p><b>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</b></p>	<p>1..นางอรพิน ภัทรรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 832 2058</p> <p>2..นางสาวชุติญา บุญพงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 130 6690</p>			

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ 2560

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยงานมีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK
คำนิยาม	<p>1.หน่วยงานมีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK หมายถึง โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่จะขับเคลื่อนการสร้างค่านิยม MOPH-SK มีสัญลักษณ์หรือป้ายข้อความค่านิยมพร้อมคำนิยาม ติดไว้ในที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผนการสร้างค่านิยมฯ มีรายงานผลการประเมินค่านิยมฯรายบุคคลและสรุปผลการถอดบทเรียน พร้อมแผนปรับปรุงการสร้างค่านิยมฯ</p> <p>2 ค่านิยม MOPH-SK หมายถึง สิ่งที่หน่วยงานปรารถนาให้เป็นเป้าหมายของหน่วยงานที่จะปลูกฝังให้บุคลากรด้านสาธารณสุขทุกระดับยึดถือเป็นเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในการทำงานในระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมของหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย การฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด (Mastery=M) สร้างสรรค์นวัตกรรม (Originality=O) ยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง (People-Center approach =P) มีความอ่อนน้อมถ่อมตน(Humility=H) มีจิตบริการที่ดี(Service mind =S) เรียนรู้และพัฒนาตลอดเวลา (Knowledge worker=K)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของหน่วยงาน (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK ครบทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
วัตถุประสงค์	<p>1.เพื่อให้หน่วยงานมีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK สำหรับบุคลากรในสังกัด ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมของหน่วยงาน “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”</p> <p>2.เพื่อให้บุคลากรมีคุณลักษณะที่สามารถฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด(Mastery=M) สร้างสรรค์นวัตกรรม (Originality=O) ยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง (People-Center approach =P) มีความอ่อนน้อมถ่อมตน(Humility=H) มีจิตบริการที่ดี(Service mind =S) เรียนรู้และพัฒนาตลอดเวลา (Knowledge worker=K)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1.โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>2.บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.ตรวจสอบรายชื่อผู้รับผิดชอบงาน/คณะทำงาน/คำสั่งคณะทำงาน</p> <p>2.สำรวจสัญลักษณ์หรือป้ายค่านิยม</p> <p>3 ตรวจสอบแผนพัฒนาองค์กร/แผนการปรับปรุงองค์กร</p> <p>4.ตรวจสอบรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาองค์กรหรืองบประมาณในการดำเนินงานตามแผน</p> <p>5.ตรวจสอบรายงานผลการประเมินค่านิยม</p> <p>5.ตรวจสอบรายงานสรุปการถอดบทเรียน</p>

แหล่งข้อมูล	1.เอกสารคำสั่ง 2.เอกสารแผนพัฒนาองค์กร/แผนปรับปรุงองค์กร 3.เอกสารผลการประเมินค่านิยม 3.เอกสารรายงานผลการดำเนินงานตามแผน 4.เอกสารรายงานสรุปการถอดบทเรียน หมายเหตุ : เอกสารรายงานอาจเป็นในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ได้																
รายการข้อมูล 1	จำนวนหน่วยงานที่มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK ครบทั้ง 5 ระดับ																
รายการข้อมูล 2	จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้าร่วมกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนหน่วยงานที่มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK ครบทั้ง 5 ระดับ} * 100}{\text{จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้าร่วมกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK}}$																
ระยะเวลาดำเนินการ	1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 สิงหาคม 2559																
<b>เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส</b>																	
ระดับกิจกรรม	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4													
ระดับ 1 หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบ และขับเคลื่อนการกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK (1 คะแนน)	/	/	/	/													
ระดับ 2 หน่วยงานมีสัญลักษณ์หรือป้ายข้อความพร้อมค่านิยม หรือข้อความหมายค่านิยม MOPH-SK ติดไว้ในที่มองเห็นได้ ชัดเจน(1คะแนน)	/	/	/	/													
ระดับ 3 (3.1) มีแผนดำเนินการสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.2 คะแนน) (3.2) ดำเนินการตามแผนสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.8 คะแนน)	/	/	/	/													
<table border="1" data-bbox="165 1435 887 1606"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> <td>0.6</td> <td>0.7</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> </tr> </table>	คะแนน	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ	40	50	60	70	80					
คะแนน	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8												
ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ	40	50	60	70	80												
ระดับ 4 มีรายงานผลการประเมินค่านิยม MOPH-SK รายบุคคล (1 คะแนน)				/													
ระดับ 5 (5.1) มีรายงานสรุปการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน) (5.2) มีแผนปรับปรุงการพัฒนาการสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.5 คะแนน)				/													

<b>วิธีการประเมินผล</b>	1.ติดตาม นิเทศงานในรอบปกติ 2 รอบ 2.รายงานผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน 3.ประเมินผลรอบที่ 1 ให้เทียบการดำเนินงานถึงระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน โดยพิจารณาการดำเนินงานตามแผนให้ประเมินร้อยละของแผนที่ได้ดำเนินการเทียบกับระยะเวลาที่กำหนด 4.ประเมินผลรอบที่ 2 ให้นับคะแนนทั้ง 5 ระดับ เท่ากับ 5 คะแนน
<b>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</b>	1..นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 832 2058 2..นางสาวชุติญา บุญพงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 130 6690

## ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ 2560

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการศึกษาวิจัย หมายถึง หน่วยงานมีกระบวนการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม ที่เป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนมีการเผยแพร่(ประกวด ตีพิมพ์ นำเสนอผ่านเวทีวิชาการต่างๆในระดับจังหวัดขึ้นไป)เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของหน่วยงาน (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) มีกระบวนการศึกษาวิจัยครบทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนานักวิจัยให้มีศักยภาพในการขับเคลื่อนด้านวิชาการ นวัตกรรม/R2R เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานสาธารณสุข 2. เพื่อจัดทำผลงานวิชาการ/วิจัย/นวัตกรรม/R2R ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ได้จริง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 2.ผลงานวิชาการ/งานวิจัย/นวัตกรรม ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แฉงนั้บเอกสารงานวิชาการ/วิจัย 2. ตรวจสอบและแฉงนั้บการเข้าร่วมกระบวนการศึกษาวิจัยของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน 3. ตรวจสอบและแฉงนั้บรายชื่อผู้เข้าร่วมเผยแพร่ นำเสนอ ประกวด และพิจารณากำหนดการที่เข้าร่วมนำเสนองานวิจัย โดยพิจารณาไปประกาศ โฉรงวัล วารสาร เล่มบทความย่อ หรืออื่นที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์
แหล่งข้อมูล	1. เอกสารงานวิจัยที่ดำเนินการในแต่ละช่วง 2. วารสารที่ตีพิมพ์ ใบประกาศ รูปภาพ เล่มบทความย่อในเวทีวิชาการ หรืออื่นที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์
รายการข้อมูล 1	จำนวนหน่วยงานที่มีผลสำเร็จการศึกษาวิจัยถึงบที่ 5 และได้มีการเผยแพร่ฯในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้าร่วมกระบวนการศึกษาวิจัย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนหน่วยงานที่มีผลสำเร็จจากศึกษาวิจัยถึงบที่ 5 และได้มีการเผยแพร่ฯในเวลาที่กำหนด * 100 จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้าร่วมกระบวนการศึกษาวิจัย
ระยะเวลาดำเนินการ	1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 สิงหาคม 2559

เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส				
ระดับกิจกรรม	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ระดับ 1 หน่วยงานมีการกำหนดหัวข้อวิจัย โดยผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาสภาพปัญหาหรือโอกาสพัฒนางาน สาธารณสุข (1 คะแนน)	/			
ระดับ 2 หน่วยงานมีบุคลากรเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ การศึกษา วิจัย ตลอดระยะเวลาของการเรียนรู้ที่จังหวัดจัดขึ้น ร้อยละ 80 (1 คะแนน)	/	/	/	/
ระดับ 3 หน่วยงานมีผลสำเร็จของการศึกษาวิจัย ถึง บทที่ 3 (1 คะแนน)		/		
ระดับ 4 หน่วยงานมีผลสำเร็จของการศึกษาวิจัย ถึง บทที่ 4 (1 คะแนน)			/	
ระดับ 5 หน่วยงานมีผลสำเร็จการศึกษาวิจัยถึงบทที่ 5 และได้มีการเผยแพร่ (ประกวด ตีพิมพ์ นำเสนอผ่านเวทีวิชาการต่างๆในระดับจังหวัดขึ้นไป) (1 คะแนน)			/	/
<b>วิธีการประเมินผล</b>	1.แจงนับจำนวนครั้งที่เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ 2.ตรวจสอบจากเอกสารงานวิจัย 3.ตรวจสอบจากการนำเสนอผลงานวิจัยในช่วงของกระบวนการเรียนรู้ 4.การประเมินผลรอบที่ 1 นับคะแนนระดับ1 ถึง ระดับ 3 เท่ากับ 5 คะแนน การประเมินผลรอบที่ 2 นับคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 5 เท่ากับ 5 คะแนน			
<b>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</b>	1..นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 832 2058 2..นางสาวชุตติญา บุญพงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 130 6690			



ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ 2560

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในขององค์กรคุณธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปี 2560
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานขององค์กร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ในที่นี้ มุ่งเน้น การประเมินระดับการดำเนินงาน “องค์กรคุณธรรม” ของทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>● แนวคิด “องค์กรคุณธรรม” มาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้หน่วยงานในสังกัด มีการบริหารและบริการภายใต้ระบบธรรมาภิบาล สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับการสร้างมาตรฐานด้านคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาลให้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนทั่วไป โดยใช้การส่งเสริมการบริหารแผ่นดิน ที่มีธรรมาภิบาล โดยมุ่งเน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับขององค์กรมีส่วนร่วมกำหนดหลักคุณธรรมในการทำงานบนพื้นฐานคุณภาพคู่คุณธรรม ด้วยความสุข สร้างวัฒนธรรมการทำงานที่โปร่งใส ซื่อสัตย์ ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพ</li> <li>● การดำเนินงาน “องค์กรคุณธรรม” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เป็นการดำเนินงานตามแนวคิด “หน่วยงานคุณธรรม” ของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้วัฒนธรรมองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วมาเป็นคุณธรรมร่วมในการปฏิบัติงาน โดยนโยบายของผู้นำหน่วยงาน ประกาศคุณธรรมประจำหน่วยงานซึ่งมาจากวัฒนธรรมองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว คือ ซื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย :	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรคุณธรรม ระดับ 5
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> <li>-เพื่อส่งเสริมบุคลากรของหน่วยงานในสังกัด เห็นความสำคัญและเสริมสร้างภาพลักษณ์ของหน่วยงานให้มีความโปร่งใสและเป็นธรรม</li> <li>-เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกระดับ มีกระบวนทัศน์ วัฒนธรรม และค่านิยมในการปฏิบัติงานที่มุ่งเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาระบบราชการไทยโดยยึดหลักบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีหลักเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน</li> <li>-เพื่อส่งเสริมคุณธรรม ให้กับข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกระดับ และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการทำงานให้มีคุณลักษณะเป็นข้าราชการยุคใหม่ที่มีคุณธรรม จริยธรรม</li> </ul>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว/รพ.อรัญประเทศ)</p> <p>โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 7 แห่ง</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ 9 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง</p> <p>สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 1 แห่ง</p>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล																											
แหล่งข้อมูล	หลักฐานเชิงประจักษ์ตามระดับความสำเร็จ																										
รายการข้อมูล 1	รายงานผล รอบ 6 เดือน																										
รายการข้อมูล 2	รายงานผล รอบ 12 เดือน																										
ระยะเวลา ประเมินผล	1 ต.ค. 59 – 30 กันยายน 2560																										
เกณฑ์การ ประเมิน :	<p>พิจารณาตามระดับความก้าวหน้าของการดำเนินงานองค์กรคุณธรรม โดยแบ่งเกณฑ์การพิจารณาคุณธรรมที่หน่วยงานเลือกจากวัฒนธรรมองค์กร</p> <p>คะแนนตัวชี้วัด : 5 คะแนน</p> <p>พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th> <th>หลักฐานประกอบการประเมิน</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>- มีการจัดประชุมชี้แจงนโยบาย และการระดมความคิดเห็นเพื่อหาคุณธรรมร่วม ที่บุคลากรทุกคนตกลงยึดเป็นข้อปฏิบัติในการนำไปพัฒนา “องค์กรคุณธรรม”</td> <td>1. รายงานการประชุมชี้แจงนโยบาย 2. รายงานการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อหาคุณธรรมที่บุคลากรในหน่วยงานเลือกและยึดเป็นข้อปฏิบัติ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ดำเนินการระดับ 1 และมีการ - ประกาศคุณธรรม/อัตลักษณ์ประจำหน่วยงาน - แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน - จัดทำแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม”</td> <td>1. เอกสาร/ภาพถ่ายการประกาศคุณธรรม/อัตลักษณ์ ประจำหน่วยงาน 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน 3. เอกสารแผนและดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม”</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ดำเนินการระดับ 2 และมีการดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน</td> <td>เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงานตามแผนฯ เช่นโครงการ/ภาพถ่ายกิจกรรม เอกสารรายงานผลต่อผู้บริหาร</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ดำเนินการระดับ 3 และมีผลลัพธ์การดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน</td> <td>เอกสาร/หลักฐานแสดงผลลัพธ์ของแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ดำเนินการระดับ 4 และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนฯ และการปรับ แก้ไข พัฒนาการดำเนินงานให้มีผลสำเร็จ/มีประสิทธิภาพ</td> <td>1. เอกสาร/หลักฐานแสดงการติดตาม/รายงานผล รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน 2. เอกสาร/หลักฐานแสดงการประเมินผลและวิเคราะห์</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	หลักฐานประกอบการประเมิน	คะแนน	1	- มีการจัดประชุมชี้แจงนโยบาย และการระดมความคิดเห็นเพื่อหาคุณธรรมร่วม ที่บุคลากรทุกคนตกลงยึดเป็นข้อปฏิบัติในการนำไปพัฒนา “องค์กรคุณธรรม”	1. รายงานการประชุมชี้แจงนโยบาย 2. รายงานการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อหาคุณธรรมที่บุคลากรในหน่วยงานเลือกและยึดเป็นข้อปฏิบัติ	1	2	ดำเนินการระดับ 1 และมีการ - ประกาศคุณธรรม/อัตลักษณ์ประจำหน่วยงาน - แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน - จัดทำแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม”	1. เอกสาร/ภาพถ่ายการประกาศคุณธรรม/อัตลักษณ์ ประจำหน่วยงาน 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน 3. เอกสารแผนและดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม”	2	3	ดำเนินการระดับ 2 และมีการดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน	เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงานตามแผนฯ เช่นโครงการ/ภาพถ่ายกิจกรรม เอกสารรายงานผลต่อผู้บริหาร	3	4	ดำเนินการระดับ 3 และมีผลลัพธ์การดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน	เอกสาร/หลักฐานแสดงผลลัพธ์ของแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน	4	5	ดำเนินการระดับ 4 และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนฯ และการปรับ แก้ไข พัฒนาการดำเนินงานให้มีผลสำเร็จ/มีประสิทธิภาพ	1. เอกสาร/หลักฐานแสดงการติดตาม/รายงานผล รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน 2. เอกสาร/หลักฐานแสดงการประเมินผลและวิเคราะห์	5
ระดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	หลักฐานประกอบการประเมิน	คะแนน																								
1	- มีการจัดประชุมชี้แจงนโยบาย และการระดมความคิดเห็นเพื่อหาคุณธรรมร่วม ที่บุคลากรทุกคนตกลงยึดเป็นข้อปฏิบัติในการนำไปพัฒนา “องค์กรคุณธรรม”	1. รายงานการประชุมชี้แจงนโยบาย 2. รายงานการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อหาคุณธรรมที่บุคลากรในหน่วยงานเลือกและยึดเป็นข้อปฏิบัติ	1																								
2	ดำเนินการระดับ 1 และมีการ - ประกาศคุณธรรม/อัตลักษณ์ประจำหน่วยงาน - แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน - จัดทำแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม”	1. เอกสาร/ภาพถ่ายการประกาศคุณธรรม/อัตลักษณ์ ประจำหน่วยงาน 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน 3. เอกสารแผนและดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม”	2																								
3	ดำเนินการระดับ 2 และมีการดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน	เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงานตามแผนฯ เช่นโครงการ/ภาพถ่ายกิจกรรม เอกสารรายงานผลต่อผู้บริหาร	3																								
4	ดำเนินการระดับ 3 และมีผลลัพธ์การดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน	เอกสาร/หลักฐานแสดงผลลัพธ์ของแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน	4																								
5	ดำเนินการระดับ 4 และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนฯ และการปรับ แก้ไข พัฒนาการดำเนินงานให้มีผลสำเร็จ/มีประสิทธิภาพ	1. เอกสาร/หลักฐานแสดงการติดตาม/รายงานผล รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน 2. เอกสาร/หลักฐานแสดงการประเมินผลและวิเคราะห์	5																								

	ยังขึ้น	ผลการดำเนินงาน ปัจจัย ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการ ดำเนินงานต่อไป	
<b>วิธีการ ประเมินผล :</b>	ทุกหน่วยงานจัดส่งรายงาน และ/หรือ เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ดังนี้ กำหนดการจัดส่งรายงาน รอบ 6, 12 เดือน หมายถึง - รอบ 6 เดือน จัดส่งภายในวันที่ 31 มี.ค. 2560 - รอบ 12 เดือน จัดส่งภายในวันที่ 29 ก.ย. 2560		
<b>เอกสาร สนับสนุน</b>	รายงานหลักฐานเชิงประจักษ์		
<b>รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน</b>	-		
<b>ผู้ให้ข้อมูล ทางวิชาการ /ผู้ ประสานงาน ตัวชี้วัด</b>	นายไพรัชต์วีริต วิริยะภักพวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 095-9470035 นางผ่องใส ม่วงประเสริฐ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ 083-7227716 นางวรางคณา ศิวิลัย เจ้าพนักงานสาธารณสุข 092-4696562		

## ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ 2560

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

 รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๕๙ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๐ ; รอบ ๖ เดือน)

 รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๐ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๐ ; รอบ ๑๒ เดือน)

น้ำหนักตัวชี้วัด ร้อยละ 30

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน คปสอ.ติดตาม จังหวัดสระแก้ว ปี 2560

<b>คำนิยาม</b>	<b>คปสอ.ติดตาม จังหวัดสระแก้ว</b> หมายถึง การดำเนินงานภายใต้นโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วย Agenda Function และการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่(Area based) ทั้งนี้ แบ่งน้ำหนักคะแนนดังนี้ 1. ภายใต้การดำเนินงาน คปสอ. (Cup board) คิดเป็นร้อยละ 30 2. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการ DHS-PCA คิดเป็นร้อยละ 25 (ทีมคุณภาพ) 3. การดำเนินงาน รพ.สต.ติดตาม หมายถึง การดำเนินงานภายใต้การพัฒนางานคุณภาพการบริการ(PCA)ของรพ.สต. ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของพื้นที่ระบบงานคุณภาพ (PCT/IC/ENV/ยา/RM/LAB) การดำเนินงานหมอครอบครัว(Family care team) และการบริหารจัดการ ของ รพ.สต.(ควบคุมภายใน และคุณภาพของข้อมูล) และ เกณฑ์ รพ.สต.ติดตามของกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 30 4.การพัฒนางานวิชาการ ได้แก่ Best Practice งานวิจัย นวัตกรรม และR2R จนเป็นแบบอย่าง และสามารถขยายวงกว้างต่อไปในระดับอื่นๆได้ คิดเป็นร้อยละ 15 (Cup Board+รพ.สต.) (รายละเอียดตัวชี้วัดตามเอกสาร.....)
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b>	ระดับคะแนน 90 – 100%      5 ดาว ระดับคะแนน 80 – 89.99%      4 ดาว ระดับคะแนน 70 – 79.99%      3 ดาว ระดับคะแนน 60 – 69.99%      2 ดาว ระดับคะแนน 50 – 59.99%      1 ดาว
<b>วัตถุประสงค์</b>	1. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานในระดับ คปสอ.ให้มีการบูรณาการ และประเมิณผลร่วมกัน 2. เพื่อพัฒนารูปแบบ และแนวทางในการประเมิณผล ในระดับ จังหวัด อำเภอ และตำบล 3. เพื่อพัฒนาทักษะ และความสามารถในการเป็นที่เลี้ยง(Coaching ,Training and Facilitator) ของบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้ว 4. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิณไปใช้ในปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล
<b>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</b>	สสจ. 1 แห่ง คปสอ. 9 แห่ง และ รพ.สต. 108 แห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล				
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการประเมินการประเมิน คปสอ./รพ.สต. ตีตดาว ปี 2560			
รายการข้อมูล 1	A = ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน คปสอ.ตีตดาว ปี 2560			
ระยะเวลาประเมินผล	1 ต.ค. 59 – 30 กันยายน 2560 (รายละเอียดตามเอกสารปฏิทินการดำเนินงาน สสจ.สระแก้ว)			
เกณฑ์การประเมิน :	6 เดือน (5 คะแนน)	12 เดือน (5 คะแนน)		
	ประเมินจากการวางแผนการดำเนินงาน การถ่ายทอดตัวชี้วัด และการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในตัวชี้วัด คิดเป็นคะแนนดังนี้ 1. มีการถ่ายทอดหลักเกณฑ์ลงสู่ระดับ คปสอ. และ รพ.สต. (1 คะแนน) 2. มีแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัด คปสอ. ตีตดาว (1 คะแนน) 3. มีผลการประเมินตนเอง และวิเคราะห์ส่วนขาด (1 คะแนน) 4. มีแผนการพัฒนาเพื่อแก้ไขส่วนขาด (2 คะแนน)	ประเมินจากผลระดับความสำเร็จการดำเนินงาน คปสอ.ตีตดาว ระดับ 5 ดาว คิดเป็น 5 คะแนน ระดับ 4 ดาว คิดเป็น 4 คะแนน ระดับ 3 ดาว คิดเป็น 3 คะแนน ระดับ 2 ดาว คิดเป็น 2 คะแนน ระดับ 1 ดาว คิดเป็น 1 คะแนน		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์การประเมิน คปสอ. ตีตดาวโดย 1. การวางแผน ถ่ายทอดรายละเอียด และการควบคุมกำกับประเมินผล (สสจ.) 2. ประเมิน คปสอ. 2.1. ดูจากคปสอ.Profile (คปสอ.) 2.2. ดูหลักฐานการดำเนินงานเชิงประจักษ์ (เอกสาร/ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์/การสำรวจ) (คปสอ./รพ.สต.) 2.3. สอบถาม/สังเกต กระบวนการดำเนินงาน (คปสอ./รพ.สต.)			
	ต.ค – ธ.ค. 59 (3 เดือน)	ม.ค. – มิ.ย. 60 (6 เดือน)	ก.ค. – ส.ค. 60 (2 เดือน)	ก.ย. 60 (1 เดือน)
	<b>รองนพ.สสจ.</b> 1. ติดตามกลุ่มงาน และคปสอ. ที่รับผิดชอบให้มีการจัดทำแผน และกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1. กระตุ้นกลุ่มงาน และคปสอ. ที่รับผิดชอบให้มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ตามห้วงเวลา 2. นำเสนอ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ผลการดำเนินงาน ของกลุ่มงาน และคปสอ.ที่รับผิดชอบ	1. มีการสนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้อำนวยความสะดวกแก่กลุ่มงาน และคปสอ. ที่รับผิดชอบ ดำเนินการตามตัวชี้วัด และสามารถแก้ไข	1. ถอดบทเรียน 2. วางแผนปรับปรุงพัฒนาในปีถัดไป

			ส่วนขาด	
	<b>กลุ่มงาน</b> 1.วางแผน กำหนดแนวทาง ตัวชี้วัด และรูปแบบ การประเมิน 2. ถ่ายทอด รายละเอียดลงสู่พื้นที่	1. ติดตามและสร้างความ เข้าใจกับพื้นที่ 2. รวบรวมปัญหา และเสริมพลัง 3. สรุปปัญหาที่พบ และ สะท้อนให้คปสอ.ทราบ 4. ร่วมกันวางแผนแก้ไข ปัญหา 5. ดำเนินการแก้ไขปัญหา และกระตุ้นติดตามการ ดำเนินงาน	1. ประเมินคปสอ. ติดดาว 2. สรุปผลการ ประเมิน และ รายงานผล ให้กับคปสอ.	1. ถอดบทเรียน 2. นำผลที่ได้จากการถอด บทเรียนใช้เป็นข้อมูลเพื่อ ปรับปรุงพัฒนาในปีต่อไป
	<b>สสอ./ผอ.</b> 1.วางแผน ถ่ายทอดรายละเอียด ลงสู่พื้นที่	1. มีการประเมินตนเอง วิเคราะห์ส่วนขาด พร้อม แนวทางดำเนินงานใน ช่วงเวลาที่เหลือ	1. มีการ ดำเนินการ แก้ไขส่วนขาด 2. มีผลการ ดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด	1. ถอดบทเรียน 2. นำผลที่ได้จากการถอด บทเรียนใช้เป็นข้อมูลเพื่อ ปรับปรุงพัฒนาในปีต่อไป
	<b>รพ.สต.</b> 1. ศีรษะรายละเอียด การประเมิน 2. วางแผนการ ดำเนินงานที่สอดคล้อง กับเกณฑ์การประเมิน	1. มีการประเมินตนเอง วิเคราะห์ส่วนขาด พร้อม แนวทางดำเนินงานใน ช่วงเวลาที่เหลือ	1. มีการ ดำเนินการ แก้ไขส่วนขาด 2. มีผลการ ดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด	1. ถอดบทเรียน 2. นำผลที่ได้จากการถอด บทเรียนใช้เป็นข้อมูลเพื่อ ปรับปรุงพัฒนาในปีต่อไป
เอกสาร สนับสนุน :	เอกสาร.....			

รายละเอียด ข้อมูล พื้นฐาน	<b>สรุปคะแนน คปสอ. ติดตาม 2559</b>		
	<b>คปสอ.</b>	<b>รวม(100คะแนน)</b>	<b>ดาวที่ได้</b>
	วังน้ำเย็น วังสมบูรณ์	83.68	4
	คลองหาด	76.73	3
	วัฒนานคร	74.44	3
	ตาพระยา	73.15	3
	เขาคอกรรจ์	72.31	3
	เมืองสระแก้ว	71.16	3
	อรัญประเทศ โคกสูง	68.39	2

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
	1.นายแพทย์อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ 2.แพทย์หญิงอรรรัตน์ จันทร์เพ็ญ 3.นางญานี นาคพงศ์ 4.นายไพรัชต์วิริต วิริยะภักคพงศ์ 5.นางดารารัตน์ โห้วงค์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
ผู้จัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานทุกกลุ่ม ในสสจ.สระแก้ว	
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	
โทรศัพท์	๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๔	
สำนักงาน		
ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	รอบ ๑ ( ๑ ต.ค. ๒๕๕9 - ๓๑ มี.ค. ๒๕60 )	รอบ ๒ ( ๑ เม.ย. ๒๕60 - ๓๐ ก.ย. ๒๕60 )

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ 2560

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๕๙ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๐ ; รอบ ๖ เดือน

รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๐ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๐ ; รอบ ๑๒ เดือน)

น้ำหนักตัวชี้วัด ร้อยละ 10

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์ To Excellent

คำนิยาม	To Excellence จังหวัดสระแก้ว หมายถึง การดำเนินการเพื่อยกระดับ หรือพัฒนาต่อยอดงานด้านสาธารณสุข ในความรับผิดชอบของ กลุ่มงาน 13 กลุ่ม และคปสอ. 9 แห่ง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และศึกษาดูงานทั้งภายในจังหวัด และจากบุคคล/องค์กรภายนอก			
เกณฑ์เป้าหมาย :	กลุ่มงาน 13 กลุ่ม และคปสอ. 9 แห่ง บรรลุระดับความสำเร็จ ระดับ 5 ภายในปี 2560			
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อยกระดับการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับสสจ. สสอ. และรพ.</li> <li>2. เพื่อสร้างความสำเร็จที่สามารถเป็นต้นแบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และศึกษาดูงานได้ภายใน และภายนอกจังหวัด</li> <li>3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้ว</li> </ol>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มงาน 13 กลุ่ม และคปสอ. 9 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน To Excellent</li> <li>2. รายงานผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน To Excellent</li> </ol>			
ระยะเวลาประเมินผล	1 ต.ค. 59 – 30 กันยายน 2560			
เกณฑ์การประเมิน :	ระดับความสำเร็จ (6 เดือน)	รายละเอียด	หลักฐานประกอบ	คะแนน
	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แต่งตั้งคณะทำงานรวมระดับจังหวัด</li> <li>2. มีการวางแผนการดำเนินงาน <ul style="list-style-type: none"> <li>- การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (0.25 คะแนน)</li> <li>- สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา (0.25 คะแนน)</li> <li>- แนวทางการดำเนินงาน และกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงาน(0.25 คะแนน)</li> </ul> </li> </ol>	<p>คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน</p> <p>เอกสารรายงานการวิเคราะห์</p>	<p>0.25</p> <p>0.75</p>



2	ถ่ายทอดแผนการดำเนินงาน (Video conference /ประชุมชี้แจง / เล่มคู่มือ ฯลฯ)	เอกสารประกอบการถ่ายทอด	1												
3	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน To Excellent ให้เป็นรูปธรรม	แผนการดำเนินงาน	1												
4	1. สามารถดำเนินงานได้ตามห้วงเวลาที่กำหนดไว้ในแผนขับเคลื่อน To Excellent	ปฏิทินการดำเนินงาน	0.5												
	2. มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน To Excellent ที่เป็นรูปธรรม	เอกสารสรุปผลการดำเนินงาน To Excellent 6 เดือน	0.5												
5	1. จัดทำแนวทางการพัฒนาผลงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพื่อให้บรรลุ	เอกสารแนวทางการพัฒนา	1												
<b>ระดับความสำเร็จ (12 เดือน)</b>															
1 - 3	ระดับ 1 – ระดับ 3 วัดจากการผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ของการประเมินรอบ 6 เดือน		3												
4	วัดจากร้อยละของผลงาน/ตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>น้อยกว่า 50</td> <td>50 - 69.99</td> <td>70 - 79.99</td> <td>80 - 89.99</td> <td>90 ขึ้นไป</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1.0</td> </tr> </table> สูตรการคำนวณ ผลงานที่ได้ของ To Excellent x 100 เกณฑ์เป้าหมายของ To Excellent		ร้อยละ	น้อยกว่า 50	50 - 69.99	70 - 79.99	80 - 89.99	90 ขึ้นไป	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0	รายงานผลการดำเนินงาน 1
ร้อยละ	น้อยกว่า 50	50 - 69.99	70 - 79.99	80 - 89.99	90 ขึ้นไป										
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0										
5	1. ถอดบทเรียน และสรุปผลการถอดบทเรียน		เอกสารสรุปการถอดบทเรียน	0.75											
	2. นำเสนอผลการถอดบทเรียน และแนวทางการพัฒนา To Excellence ในปี 61 ในที่ประชุมผู้บริหาร		เอกสารสรุปการถอดบทเรียน และแนวทางการพัฒนา To Excellence ในปี 61	0.25											

วิธีการ ประเมินผล :	ต.ค. – ธ.ค.59 (3 เดือน)	ม.ค. – มิ.ย.60 (6 เดือน)	ก.ค. – ส.ค.60 (2 เดือน)	ก.ย.60 (1 เดือน)
	<b>รองนพ.สถจ.</b> 1. ติดตามกลุ่มงาน และ คปสอ. ที่รับผิดชอบให้มี การการวิเคราะห์ผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา แนว ทางการดำเนินงาน และ กำหนดเป้าหมายของ การดำเนินงาน	1. ติดตาม ผลการดำเนินงาน ของกลุ่มงาน และ คปสอ.ที่ รับผิดชอบ นำเสนอในที่ประชุม ผู้บริหาร 2. ติดตาม กำกับให้กลุ่มงาน และ คปสอ. ที่รับผิดชอบถ่ายทอด แผนการดำเนินงานและจัดทำ แผน 3. ติดตาม กำกับให้กลุ่มงาน และ คปสอ. ที่รับผิดชอบวิเคราะห์ผล การดำเนินงาน และจัดทำ แนวทางพัฒนางาน	1.ประเมินงาน และรายงานผล 2.สรุปผลการ ประเมิน	ถอดบทเรียน และสรุปผลเพื่อ นำไปวางแผน พัฒนาในปี 61
	<b>สสอ./รพ./กลุ่มงาน</b> 1. แต่งตั้งคณะทำงาน 2.วิเคราะห์ผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา 3.กำหนดแนวทางการ ดำเนินงาน และกำหนด เป้าหมายของการ ดำเนินงาน	1. ถ่ายทอดแผน และจัดทำ แผนการดำเนินงาน 2. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และจัดทำแนวทางพัฒนางาน 3. นำเสนอความก้าวหน้าในที่ ประชุมผู้บริหาร	เตรียมผลการ ดำเนินงานเพื่อ รอรับการ ประเมินจาก คณะกรรมการ	ถอดบทเรียน และสรุปผลเพื่อ นำไปวางแผน พัฒนาในปี 61
เอกสาร สนับสนุน :	เอกสาร.....			

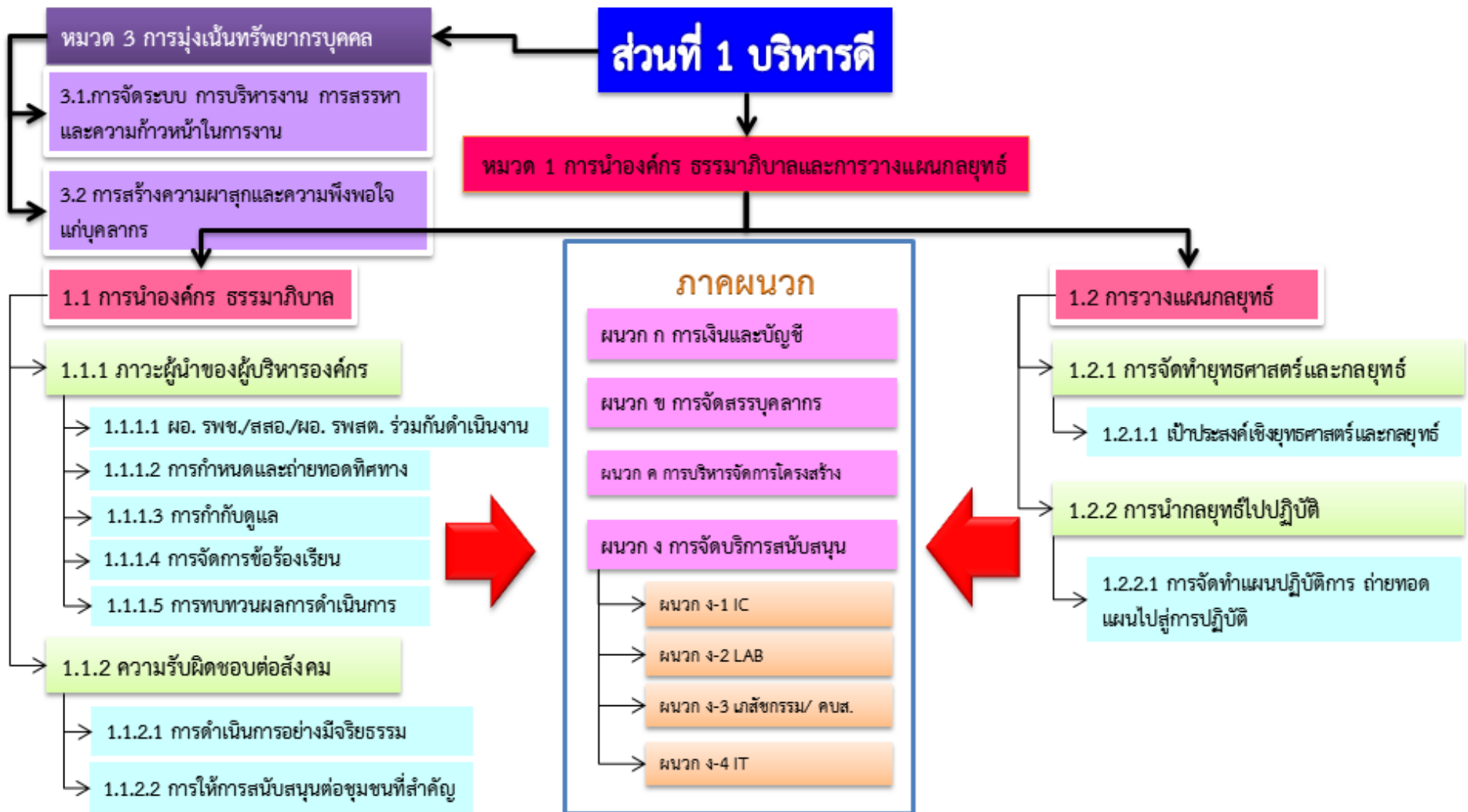
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	สสอ./รพ.	To Exellent
	วังน้ำเย็น วังสมบูรณ์	N/A
	คลองหาด	N/A
	วัฒนานคร	N/A
	ตาพระยา	N/A
	เขาฉกรรจ์	N/A
	เมืองสระแก้ว	N/A
	อรัญประเทศ	N/A
	โคกสูง	N/A
ผู้กำกับดูแลตัวชีวิต	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
	1.นายแพทย์อภิรักษ์ พิศุทธิ์ อาภรณ์ 2.แพทย์หญิงอรรรัตน์ จันทร์เพ็ญ 3.นางญาติ นาคพงศ์ 4.นายไพรัชต์วีริต วิริยะภักคพงศ์ 5.นางดารารัตน์ ไห้วงค์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว
ผู้จัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานทุกกลุ่ม ในสสจ.สระแก้ว	
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	
โทรศัพท์สำนักงาน	๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๔	
ความถี่ในการจัดเก็บ ข้อมูล	รอบ ๑ ( ๑ ต.ค. ๒๕๕9 - ๓๑ มี.ค. ๒๕60 )	รอบ ๒ ( ๑ เม.ย. ๒๕60 - ๓๐ ก.ย. ๒๕6

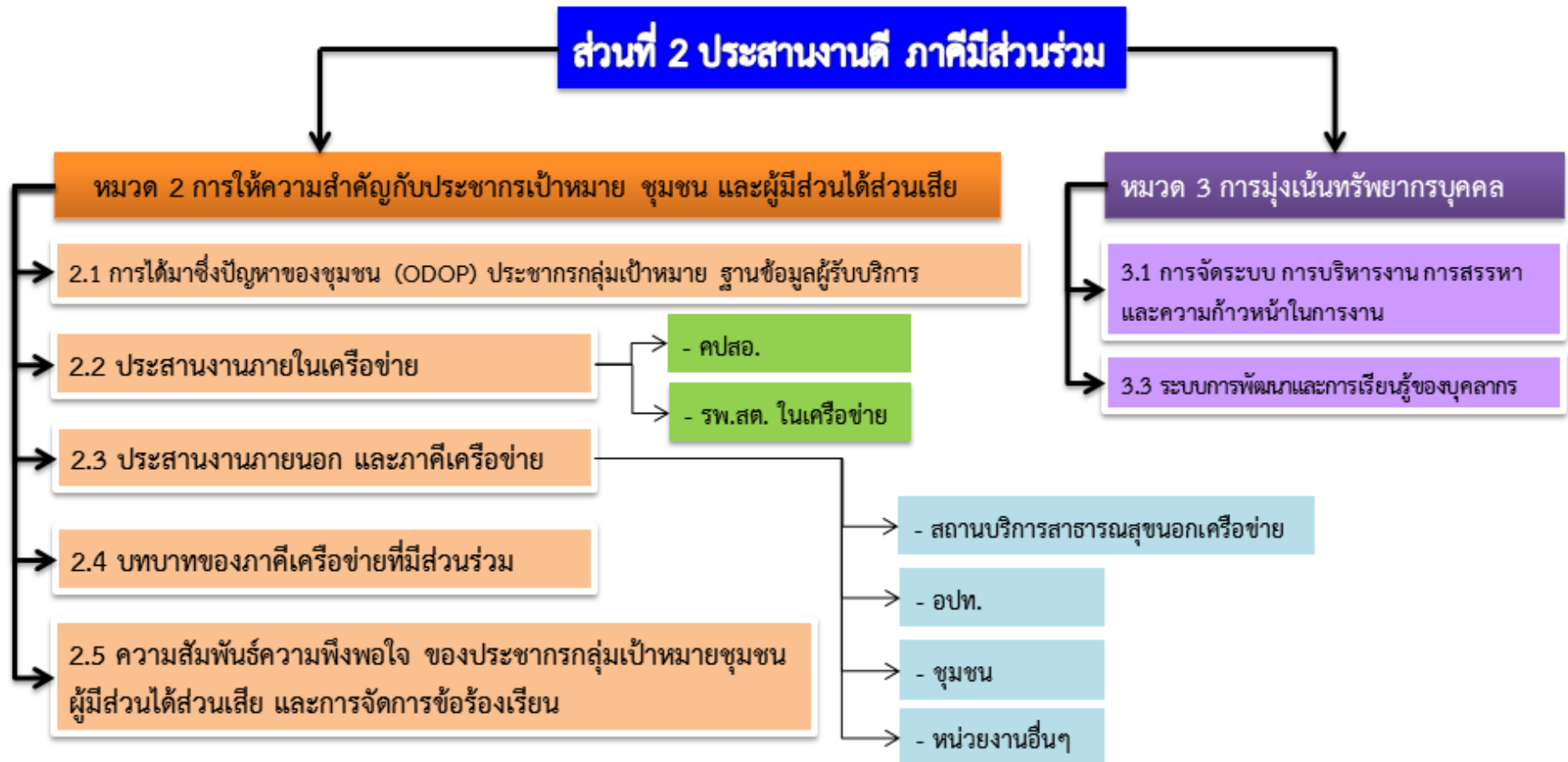
**เอกสารประกอบ**  
**ตัวชี้วัดที่ ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ**  
**สรุปคะแนน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560**

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนนเต็ม	น้ำหนัก	หมายเหตุ
1	หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์	18		
2	หมวด ก การเงินและบัญชี	10		
3	หมวด ข การจัดสรรบุคลากร			ประเมินกับหมวด 3
4	หมวด ค การบริหารจัดการโครงสร้าง	50		
5	หมวด ง การจัดการบริการสนับสนุน			
6	หมวด ง-1 IC	20		
7	หมวด ง-2 LAB	100		
8	หมวด ง-3 เกสซ์กรรม/ คบส.	50		
9	หมวด ง-4 IT	100		
10	หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	10		
11	หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	6		
12	หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	(10)		
13	4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP)	1		
14	4.2.1 OPD + 4.2.5 NCD	2		มีครบ = 1 คะแนน มีไม่ครบ = 0 คะแนน
15	4.2.2 ER	1		
16	4.2.3 ANC	1		
17	4.2.4 WCC	1		
18	4.2.6 แผนไทย	1		

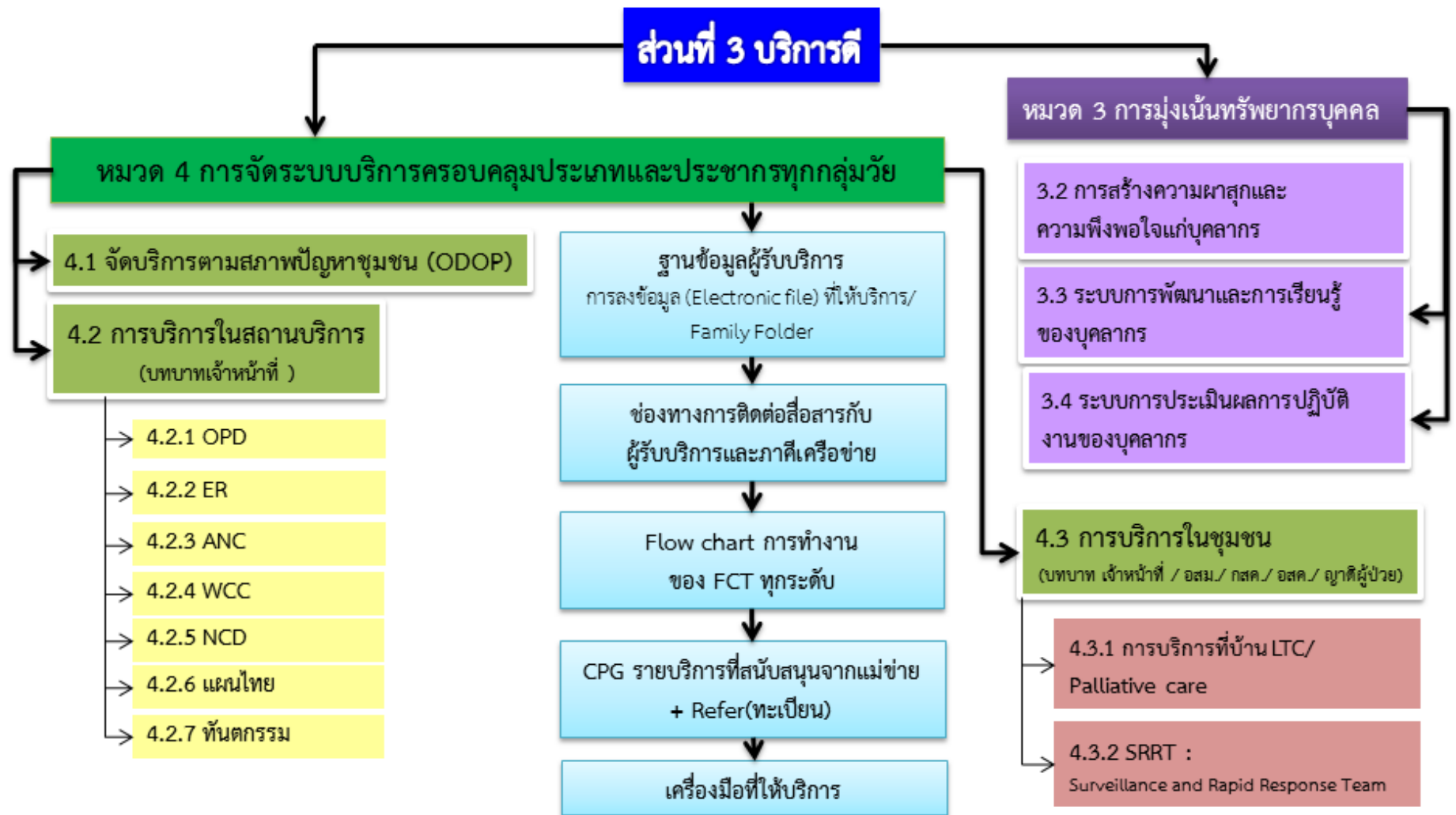
19	4.2.7 ทัศนกรรม	1		
20	4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care	1		
21	4.3.2 SRRT	1		
22	หมวด 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)	22		
23	หมวด 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)			
24	หมวด 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	5		
รวมคะแนน			100	



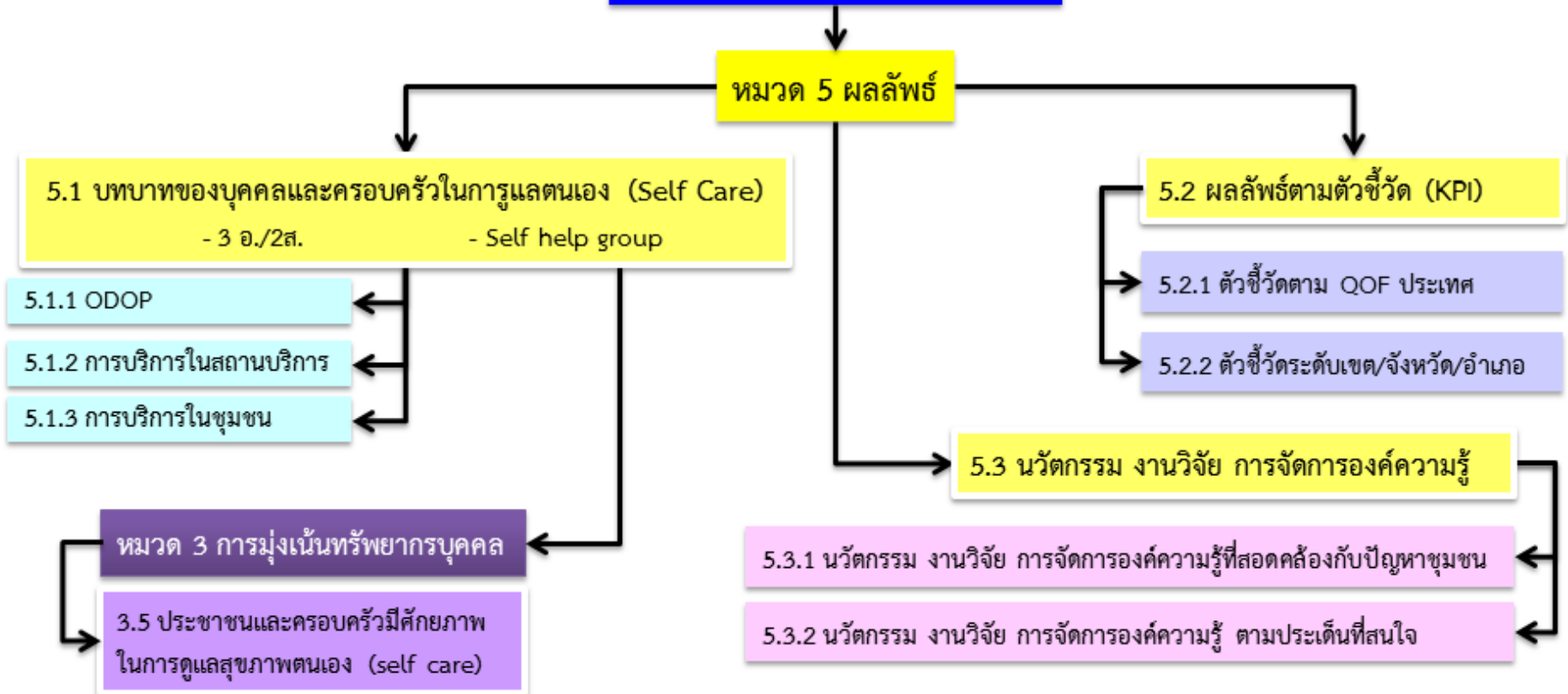








## ส่วนที่ 4 ประชาชนมีสุขภาพดี



## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์	<b>1.1 การนำองค์กรและธรรมาภิบาล</b>	(14)		สัมภาษณ์ / บันทึก และรายงานการ ประชุม	ระบบการนำ หมายถึง โครงสร้างและกลไกการ ตัดสินใจของผู้นำในองค์กร การสื่อสาร การนำผลการ ตัดสินใจดังกล่าวไปสู่การ ปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนา ผู้นำ/ผู้บริหาร การตอกย้ำ ค่านิยม ทิศทาง ความ คาดหวัง รวมทั้ง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำ
	<b>1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร</b>	(10)			
	<b>1.1.1.1 ผอ.รพ./สสอ./ผอ.รพ.สต. ร่วมกันดำเนินงาน</b>	(2)			
	- ไม่มีการประชุม ชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน ร่วมกัน	0			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง	1			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน ทุก 3 เดือน	2			
	<b>1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอด ทิศทาง</b>	(2)			
มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ มี แผนงานและโครงการ ที่สอดคล้องกับ สภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และบริบท ของพื้นที่ มีการสื่อสารให้บุคลากรและผู้ มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบที่ระบุเป็นลาย					

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<p><b>ลักษณะอักษรอย่างชัดเจน</b></p> <p>- ไม่มีเอกสาร ไม่มีการดำเนินงาน</p> <p>- มีเอกสารไม่ครบถ้วน มีการดำเนินงานแต่ไม่มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน</p> <p>- มีเอกสารครบถ้วน มีการดำเนินงานและมีการวิเคราะห์ผล สรุปผลการดำเนินงาน</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>		<p>ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการ ในการจัดบริการสาธารณสุข โดยพิจารณาความสอดคล้องกับสถานะของผู้รับบริการและตามบริบทของพื้นที่/ มีแผนงานที่สอดคล้องกับแผนงานของ CUP ที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน</p> <p>- พิจารณาเอกสาร ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบมีแผนงาน ที่สอดคล้องกับแผนงานของ CUP และสอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ</p>	<p>หรือผลประโยชน์จากประชาชน ชุมชน สังคม และ ผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่รับผิดชอบ จุดอ่อน จุดแข็ง ขององค์กร ซึ่งวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ อาจกล่าวถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนหรือรูปแบบการบริการที่ปรารถนาในอนาคต 3-5 ปี เป็นต้น</p> <p>การสื่อสารทิศทางขององค์กร หมายถึง การสื่อสารทิศทางขององค์กรในอนาคต ที่ต้องการให้บุคลากรในองค์กรได้รับทราบและเข้าใจ เมื่อได้จัดทำวิสัยทัศน์และกำหนดเป้าประสงค์ คำนิยามและความคาดหวัง ขององค์กรแล้วจะต้องมีกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้</p>
<p><b>หมวด 1</b></p> <p><b>การนำองค์กร</b></p>				<p>- พิจารณาจาก ความรู้ ความเข้าใจ ของบุคลากรและผู้มี</p>	<p>บุคลากรได้รับทราบ ยอมรับ และนำไป ปฏิบัติอย่างจริงจัง ผู้บริหารสามารถ</p>

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
<p>ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์</p>				<p>ส่วนได้ส่วนเสียในการนำวิสัยทัศน์พันธกิจ แผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ</p>	<p>ดำเนินการได้หลายวิธีแต่วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพได้แก่การสื่อสาร แบบสองทิศทาง (Two Way Communication) สร้างบรรยากาศที่ดีในทุกรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้ กระตุ้นให้บุคลากรในองค์กรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของทิศทางดังกล่าวร่วมกัน สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข</p>
	<p>1.1.1.3 การกำกับดูแล</p>	<p>(2)</p>		<p>- โครงสร้างการบริหาร - ระเบียบปฏิบัติ การกำกับดูแลตนเอง - มาตรฐานหรืออื่น ๆ ที่สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหาร - กฎระเบียบ หรือนโยบายที่เกี่ยวข้อง - แนวทางการ</p>	<p>การกำกับดูแล หมายถึง การแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร ความรับผิดชอบด้านการเงิน ความโปร่งใสในการดำเนินงาน การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายในภายนอก การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้</p>
	<p>มีการควบคุมกำกับและตรวจสอบผลลัพธ์ของงาน การเงินและการป้องกันทุจริต ประพฤติมิชอบ จัดระบบให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ มีส่วนร่วมตรวจสอบได้</p>				
	<p>- ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ</p>	<p>0</p>			
	<p>- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือน</p>	<p>1</p>			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือนและมีการทบทวนพิจารณาผลการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาอุปสรรค อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	2		ตรวจสอบ ประสิทธิภาพการ ปฏิบัติราชการ	ส่วนเสีย
	<b>1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน</b>	(2)		- บันทึกอุบัติการณ์, การจัดการแก้ไขข้อ ร้องเรียน, สัมภาษณ์, สังเกต	ข้อร้องเรียน หมายถึง ข้อ ร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการทั้งจากภายใน/ ภายนอก ที่ไม่ได้รับการ ตอบสนองความทำให้ไม่พึง พอใจ และแจ้งขอให้ ตรวจสอบ แก้ไข หรือ ปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน
	มีระบบรับฟังความคิดเห็น รับข้อ ร้องเรียนในรูปแบบต่างๆ มีผู้รับผิดชอบ และมีแนวทางการแก้ไข มีการนำผลมา แก้ไขปรับปรุงการบริการ และประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่าง ต่อเนื่อง	0			
	- ไม่มีระบบ	0			
	- มีระบบ แต่ไม่มีการนำผลมาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่าง ต่อเนื่อง(น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง)และเป็น ลายลักษณ์อักษร	1			
	- มีระบบ และมีการนำผลมาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่าง ต่อเนื่อง (ทุก 3 เดือน)และเป็นลาย ลักษณ์อักษร	2			
หมวด 1 การนำองค์กร	<b>1.1.1.5 การทบทวนผลการ ดำเนินการ</b>	(2)		แผนยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติการ/การ	การทบทวนผลการ ดำเนินงาน หมายถึง การ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
ธรรมนูญ และการวาง แผนกลยุทธ์	<p>มีการทบทวนผลการดำเนินงานและจัดทำแผน เช่น การบริหารงาน การจัดระบบสนับสนุนบริการ การให้บริการ การพัฒนาวิชาการ การสร้างแรงจูงใจ ระบบประเมินผลงาน การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ได้จากการทบทวน และค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน</p> <p>- ไม่มีการทบทวนและจัดทำแผน</p> <p>- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษรแต่ไม่ต่อเนื่อง (ปีละ 1 ครั้ง) และไม่มีผลลัพธ์ของการพัฒนา</p> <p>- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง (ปีละ 2 ครั้ง) และมีผลลัพธ์ของการพัฒนาเชิงประจักษ์</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>		<p>วิเคราะห์และปรับปรุงแผนการดำเนินงาน</p>	<p>แสดงให้เห็นวิธีการในการเลือกและรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศที่มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกันเพื่อใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติงาน และผลการดำเนินการและนำผลการดำเนินงานมาทบทวนวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น</p>
	<p><b>1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม</b></p>	<p>(4)</p>		<p>เอกสารแสดงกฎและระเบียบ ในการปฏิบัติงาน</p>	<p>พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและจรรยาบรรณ :</p>
	<p><b>1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมีจรรยาบรรณ</b></p>	<p>(2)</p>		<p>ปฏิบัติตาม</p>	<p>หน่วยบริการ/องค์กร แสดงให้เห็นว่ามีการระบุและ</p>
	<p>มีกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นคำนิยามและวัฒนธรรมในการทำงานของบุคลากรที่ใช้ตัดสินความถูกต้องและความผิดของการ กระทำเป็นไปเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p>				<p>คาดการณ์ความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม/ และความกังวลของสาธารณชนเนื่องมาจากบริการ/การดำเนินงานขององค์กร และมีการเตรียมการ</p>

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- ไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ	0			แก้ไข รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รักษาสิ่งแวดล้อม มีการกำหนดกระบวนการ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ รวมทั้งลดความเสียหายด้านลบเหล่านั้น
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ	1			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม	2			
	<b>1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่สำคัญ</b>	<b>(2)</b>		รูปภาพกิจกรรม/การบันทึกการให้การสนับสนุนชุมชน	<b>ชุมชน (Community)</b> ครอบคลุมทั้งชุมชนทางภูมิศาสตร์ และชุมชนในลักษณะอื่นๆเช่น กลุ่มบุคคลที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกันหรือเครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น
	มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกับชุมชนนอกเหนือหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เพื่อให้ เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อชุมชน				<b>การสนับสนุนชุมชน (Community support)</b> รวมถึงความพยายามในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่นในด้านการให้บริการ
	- ไม่มีการสนับสนุนต่อชุมชน	0			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนแต่ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นในเชิงประจักษ์	1			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนและมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีภาพเชิงประจักษ์	2			
<b>หมวด 1</b> <b>การนำองค์กร</b> <b>ธรรมาภิบาล</b>					การศึกษา สุขอนามัย สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น การสนับสนุน



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
และการวางแผนกลยุทธ์					สุขภาพของชุมชน ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพ การช่วยให้สมาชิกในชุมชนพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นเพื่อสามารถรับมือกับและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี
	<b>1.2 การวางแผนกลยุทธ์</b>	(4)		สัมภาษณ์วิธีการจัดทำแผน/การกำหนดเป้าประสงค์/แผน	กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่า อาจเป็นผลหรือผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้ : การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ชุมชนหรือ
	1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	(2)			
	1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์	(2)			
	มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
	- ไม่มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์	0			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์แต่ไม่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้ง	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์	เชิงปริมาณและคุณภาพ				ความต้องการด้าน สาธารณสุข <b>วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์</b> (strategic objectives) หมายถึงความมุ่งหมายที่ ชัดเจนขององค์กรเป็นสิ่งที่ องค์กรต้องการบรรลุเพื่อให้ สามารถอยู่รอดได้ในระยะ ยาว เป็นการกำหนดทิศทาง ระยะยาวขององค์กร และใช้ เป็นแนวทางในการจัดสรร หรือปรับเปลี่ยนการจัดสรร ทรัพยากรขององค์กร
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิง ปริมาณและคุณภาพ	2			
	1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	(2)		สัมภาษณ์การนำกล ยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ	การถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การ ปฏิบัติ เช่น การจัดทำ แผนปฏิบัติการถ่ายทอด แผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อ บรรลุวัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ที่สำคัญ สร้างความ มั่นใจในความยั่งยืนของการ เปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็น ผลจากแผนปฏิบัติการ บุคลากรตระหนักในบทบาท และการมีส่วนร่วมต่อการ บรรลุวัตถุประสงค์เชิงกล
	1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการ ถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	(2)			
มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ ตอบสนอง สอดคล้องกับแผน ยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร(คน งบประมาณ) ให้เพียงพอต่อการ ดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่ บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วน ร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนด ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของ แผนปฏิบัติการ					

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และ ไม่มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	0			ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ (Action plan) หมายถึง แผนที่ระบุกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียดทรัพยากรที่ต้องใช้ใน ช่วงเวลาที่ต้องทำให้สำเร็จ
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติงาน	1			
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ	2			
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>18</b>			

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## ผนวก ก การเงินและบัญชี

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
การเงิน และ บัญชี	มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การง เงิน การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพหุติมิชอบ			มีครบถ้วน 7 รายการ =10 คะแนน มี 6 รายการ 8 คะแนน	การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง หมายถึงการ
	1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของ หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการ เบิกจ่ายเงินถอนเงิน และเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบงานการเงิน			มี 5 รายการ 7 คะแนน	ควบคุมดูแลการใช้ จ่ายเงินแผ่นดิน และ ของหน่วยงานภาครัฐ ให้เป็นไปโดยถูกต้อง
	2. มีแผนการใช้เงินงบประมาณและเงิน บำรุง			พิจารณาจากหลักฐาน การดำเนินงานเช่น คำสั่งคณะกรรมการ/ แผนการใช้เงิน	มีวินัย คุ่มค่า โปร่งใส และสามารถ ตรวจสอบได้ โดยการ
	3. มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็น ปัจจุบันถูกต้อง(404/407)			งบประมาณ เงินบำรุง / การควบคุมการรับ	วางกรอบหลักเกณฑ์ กลางให้หน่วยงาน
	4. มีแฟ้มการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง			จ่ายเงิน/การจัดทำบัญชี เกณฑ์ คงค้าง/ การควบคุมการใช้	ภาครัฐถือปฏิบัติ
	5. สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และ สรุปผลการใช้ประจำปี			ใบเสร็จรับเงิน/การ	
	6. มีแฟ้มการดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง เป็น ปัจจุบัน			สรุปผล/การจัดซื้อจัด จ้าง/ ผลการตรวจสอบ	
	7. ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการ ตรวจสอบภายในปีละ 2 ครั้ง			ของคณะกรรมการ ตรวจสอบภายใน	

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.สภาพแวดล้อม ภายนอกอาคาร  (รวม 10 คะแนน)	1.1 การปรับปรุงสภาพ สิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร	(6)		สังเกต สํารวจ	สะอาด หมายถึง ความ สะอาดบริเวณสถานที่ มี ความเป็นระเบียบ เรียบร้อย
	- บริเวณทั่วไปไม่สะอาด	1			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด	3			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด จัดเป็นสัดส่วนมีรั้วรอบ ขอบชิด	6			
	1.2.การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการเข้าถึงบริการ				
	1.2.1 การกำหนดจุดสำหรับ จอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน**	(2)		สังเกต/ สอบถาม/ สํารวจ/ สัมภาษณ์	จุดสำหรับจอดรถผู้ป่วย ฉุกเฉิน คือ จุดที่กำหนดไว้ สำหรับจอดรถของผู้ป่วย ฉุกเฉินสามารถมาจอดเพื่อ รับส่งผู้ป่วยได้สะดวกและ ใกล้กับจุดที่กำหนดไว้ สำหรับให้บริการผู้ป่วย วิกฤติ-ฉุกเฉิน
	- มี	2			
	- ไม่มี	0			
	1.2.2 การกำหนดจุดสำหรับ จอดรถผู้พิการ/ผู้ชรา	(2)			จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอด รถผู้พิการ หมายถึง จัดที่ จัดไว้สำหรับผู้พิการหรือ ทุพพลภาพ และคนชรา ต้องเป็นพื้นที่ สี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้างไม่น้อย กว่า 2,400 มิลลิเมตร และ
	- ไม่มี	0			
- มีแต่ไม่เป็นไปตาม มาตรฐาน	1				
- มีและเป็นไปตาม	2				

	มาตรฐาน				ยาวไม่น้อยกว่า6,000 มิลลิเมตร และจัดให้มีที่ว่างข้างที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า 1,000มิลลิเมตร
2.สภาพแวดล้อม ภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการ ตามมาตรฐาน 5 ส	2.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ การดำเนินงาน 5 ส	(2)		การสังเกตและ สัมภาษณ์	
	- มีการแบ่งพื้นที่ ดำเนินการและกำหนด ผู้รับผิดชอบ	1			
	- กำหนดผู้รับผิดชอบได้ ครอบคลุมทุกพื้นที่	1			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม

<b>2.2 โต๊ะทำงาน</b>	<b>(3)</b>		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	<b>ป้าย ส สะดวก</b> หมายถึง ป้าย อธิบายถึงลักษณะ ของสิ่งของ เช่น ป้ายสารบัญแฟ้ม หนังสือ ป้าย อุปกรณ์สำนักงาน เป็นต้น
- สะอาดและปราศจากคราบสกปรก	1			
- ป้ายชื่อระบุชื่อ สกกุล ตำแหน่งมีลักษณะ เดียวกันทุกโต๊ะภายในห้องนั้น	1			
- ไม่มีสิ่งของซุกใต้โต๊ะทำงาน	1			
<b>2.3 โต๊ะคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์</b>	<b>(4)</b>			
- สะอาด ปราศจากคราบสกปรก	1			
- เมื่อใช้งานเสร็จแล้วให้ออกจากโปรแกรม และเก็บเอกสารที่ใช้ประกอบการทำงาน ให้เรียบร้อย(ไม่มีเอกสารวางทิ้งไว้บนโต๊ะ หลังเสร็จงาน)	1			<b>ถังขยะ</b> หมายถึง ถังขยะทั่วไปที่ใส่ ขยะแห้งหรือถังใส่ ขยะที่เท่านั้น ไม่ได้ ประเมินรวมกับถัง ขยะติดเคี้ยวที่ต้อง ประเมินตาม มาตรฐาน IC
- สาย อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์ต้องเก็บ ให้ปลอดภัยและเป็นระเบียบ	1			
- มีการแยกประเภทของกระดาษพิมพ์งาน เพื่อความสะดวก และประหยัด (มีป้าย ส สะดวก )	1			
<b>2.4 ห้องทำงาน</b>	<b>(5)</b>			
-มีป้ายติดหน้าห้องระบุชื่อห้องทุกห้อง	1			
-สะอาดปราศจากคราบสกปรก	1			
-จัดวางวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและมี ป้ายบอกชัดเจน	1			
-ถังขยะต้องมีฝาปิดมิดชิดและมีถุงพลาสติก รองรับ วางไว้ในที่เหมาะสม ตัวถังขยะภายนอก ต้องสะอาด ไม่มีเศษขยะล้นออกมานอกถัง	1			
-อุปกรณ์ที่ควรใช้ร่วมกัน ให้จัดวางไว้ที่ใดที่หนึ่ง ของสำนักงาน เช่น กรรไกรตัดกระดาษ เครื่อง เย็บกระดาษ ที่เหลาดินสอ ปากกาเขียนแผ่นใส	1			

	คัตเตอร์ เป็นต้น ทำป้าย ส สะดวกให้ ครอบคลุม และชัดเจน				
--	--	--	--	--	--

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.5 ตู้เก็บเอกสาร - มีป้าย ส สะดวก ติดไว้ให้ชัดเจน	(3)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/	



	เป็นระเบียบ สวยงามทุกตู้			สอบถาม	
	-ห้ามวางอุปกรณ์หลังตู้ที่สูงเกิน มือเอื้อมถึง	1			
	-ไม่มีฝุ่นละออง ไม่มีหยากไย่	1			
	<b>2.6 การเก็บเอกสาร</b>	<b>(2)</b>			
	-เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงานจะต้อง เป็นเอกสารปีปัจจุบัน หรือหากมี เอกสารย้อนหลังเกิน 1 ปีต้องเป็น เอกสารที่มีความจำเป็นต้องใช้ ข้อมูลเกี่ยวพันกัน และต้องระบุ จากปีไหนถึงปีไหน	1			
	-มีป้าย ส สะดวกให้ครอบคลุม และชัดเจนเหมือนกันทุกแฟ้ม จัดเก็บเป็นระเบียบ สวยงาม	1			
	<b>2.7 โทรศัพท์</b>	<b>(2)</b>		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	-มีหมายเลขโทรศัพท์ภายในและ ภายนอกเพื่อความสะดวกในการ ติดต่อ	1			
	-ไม่มีคราบสกปรก ฝุ่นละอองและ หยากไย่	1			
	<b>2.8 นาฬิกา</b>	<b>(1)</b>		การสังเกต/ สอบถาม	ไม่เดิน/ไม่ตรงเวลา $\pm 5$ นาทีหัก 1 คะแนน
	-นาฬิกา	1			

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
3.ห้องส้วม (รวม 6 คะแนน )	3.1 ห้องส้วมทั่วไปสะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกใน การใช้บริการ	(3)		การสังเกต	สะอาด หมายถึง ไม่มีฝุ่น หรือหยากไย่ ไม่มีคราบ สกปรก ให้สังเกตบริเวณ ชอกมุม คอห่าน ภายใน ภายนอกโถส้วม และโถ ปัสสาวะด้วยห้องส้วมและ
	-ไม่สะอาด	0			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น	1			

	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสงสว่างเพียงพอ การระบายอากาศดี	2			สุขภัณฑ์มีสภาพดี
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสงสว่างเพียงพอ การระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่น	3			-พื้นที่ห้องส้วมและบริเวณล้างมือต้องแห้ง หากพบว่าบางครั้งพื้นภายในห้องส้วมไม่แห้ง แต่ถ้าพื้นไม่ลื่นและไม่มีน้ำขังถือว่าควรผ่านการประเมินครั้งนี้ให้ขึ้นกับดุลพินิจของผู้ประเมิน
					<b>ไม่มีกลิ่นเหม็น</b> หมายถึง ไม่มีกลิ่นของอุจจาระและปัสสาวะและต้องไม่มีกลิ่นเหม็นขณะรดน้ำหรือกดชักโครก
	<b>3.2 .มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ</b>	<b>(3)</b>			มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ
	- ไม่มี	0			ต้องมีองค์ประกอบครบ 5 ชั้น ดังนี้
	- มี/ไม่สะอาด	1			1.โถส้วมนั่งราบแบบชักโครก
	- มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น	2			2.ประตูกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร
	- มี /สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกในการใช้บริการ	3			3.มีอ่างล้างมือ 4.มีทางลาดเข้าสู่ห้องส้วมผู้พิการ 5.มีราวเหล็กจับพยุงตัว

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
4.บริการ (รวม 12 คะแนน)	4.1 จัดระบบคิวการรอตรวจตามลำดับก่อน หลังหรือตาม ความรุนแรงของโรค	(3)		การสังเกต และการ สัมภาษณ์	มีเครื่องมือ หรือ อุปกรณ์ในการออก บัตรคิว
	-ไม่มี	0			
	-มี แต่ไม่มีอุปกรณ์ที่ชัดเจน	1			
	-มีระบบคิวชัดเจนแต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง	2			
	-มีระบบคิวชัดเจน มีการดำเนินการต่อเนื่อง และมีการแจ้ง ให้ผู้รับบริการให้ทราบ	3			
	4.4 มีตารางการให้บริการในสถานบริการ	(3)		การสังเกต	
	-ไม่มี	0			
	-มี แต่ไม่มีการติดป้ายแสดงให้เห็นชัดเจน	1			
	-มีป้ายบอกชัดเจน เข้า/ป้าย นอกเวลาราชการ	2			
	-มีป้ายบอกชัดเจน เข้า ป้าย นอกเวลาราชการ ระบุชื่อ เจ้าหน้าที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ออก ปฏิบัติงานในพื้นที่	3			
4.3 จัดให้มีทีวี วีดิทัศน์ และสื่ออุปกรณ์อื่นๆ เผยแพร่ ความรู้ด้าน สุขภาพและเผยแพร่กิจกรรมกระทรวง	(3)		การ สังเกต และการ	ความปลอดภัย หมายถึง อุปกรณ์ ทำ น้ำร้อน น้ำเย็น	
- ไม่มี	0				

- มีแต่ไม่มีการเผยแพร่	1		สัมภาษณ์	ไม่ ก่อให้เกิด ผลกระทบ อันตราย ต่อ ร่างกาย เช่น ไฟ รั่ว เป็นต้น ภาชนะ ใส่น้ำดื่ม ถูกหลัก สุขาภิบาล พร้อมใช้
-มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ	2			
- มีการเผยแพร่ความรู้ ด้านสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับ ODOP	3			
<b>4.4 มีบริการน้ำดื่ม(ร้อน เย็น) และเครื่องต้มสมุนไพร ในช่วง เวลาเปิดให้บริการ</b>	<b>(3)</b>			
-ไม่มี	0			
-มีเฉพาะน้ำเย็น	1			
-มีทั้งน้ำร้อน น้ำเย็น	2			
-มีน้ำร้อน น้ำเย็น และเครื่องต้มสมุนไพรเพิ่มเติม และมี ความปลอดภัย	3			

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน/ แนวทาง พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.การ ออกแบบ ระบบและ การ จัดการ ทรัพยากร  (รวม 6 คะแนน)	<b>1.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อ</b>	<b>(2)</b>		พิจารณาจาก Cup จัดระบบ สนับสนุนให้ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ เครือข่ายมี การจัดระบบ การป้องกัน การติดเชื้อ	*กรณีรพ.สต.ลูกข่ายไม่มี RN ให้ รพ.สต.แม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบ ร่วมได้  * กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบใน รพ.สต. อนุโลมให้ เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาล โดยขอให้มีคำสั่ง แต่งตั้งว่าเป็นผู้รับผิดชอบ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีให้ 0  -หลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ เช่นหนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เนื้อหาในการ อบรม  -คำสั่ง โดยดูจากวันที่ลงนาม  <b>กลุ่มป่วย</b>  <b><u>แผนครอบคลุมด้านสิ่งแวดล้อม</u></b>  หมายถึงแผนในการดำเนินงาน ควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.และในชุมชนที่รับผิดชอบ
	1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็น ผู้รับผิดชอบ งานป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในรพ.สต	1			
	1.1.2 มีข้อ 1.1.1 และพยาบาล ผู้รับผิดชอบได้รับการอบรมฟื้นฟู ความรู้ด้านการ ป้องกันและควบคุม การติดเชื้ออย่างน้อยปีละ1ครั้ง (อย่าง น้อย1วัน)	0.6			
	1.1.3 มีข้อ 1.1.2 และมีหลักฐานการ ได้รับการอบรมความรู้ของพยาบาล ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและ บุคลากรในรพ.สต. และมีคำสั่งแต่งตั้ง พยาบาลป้องกันและควบคุมการติด เชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลาย ลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ยึดตาม ปฏิทิน)	0.4		ดูแนวทาง คู่มือการ ป้องกันและ	

	<p>1.3 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p>	(2)		<p>ควบคุมการติดเชื้อ และดูแล กำกับติดตาม การใช้คู่มือ/แนวทาง ปฏิบัติในการ ควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต. ตามบริบทของพื้นที่</p>	<p>-คู่มือจัดทำในรูปแบบของ คณะกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อภาพรวมของCUPนั้นๆและจัดทำภายใน 5 ปีก่อนการประเมิน</p> <p>-การถามอาการข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 เรื่อง เช่น การล้างมือ การจัดการขยะ การเฝ้าระวัง และติดตามการ ติดเชื้อ หรือเรื่อง ที่ สอดคล้องกับ ODOP</p>
--	--	-----	--	--	--

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การ ออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร	1.3.1 มีคู่มือปฏิบัติงานด้านการ ป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ ในรพ.สต. แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	1			คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็น ปัจจุบันคือ มีการทบทวนและปรับปรุง คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ภายในระยะเวลา 5 ปี
	1.3.2มีข้อ 1.3.1 และสุ่ม สอบถามเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับ แนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ใน คู่มือ ได้อย่างถูกต้อง	1			
2. การ ดำเนินงาน  (รวม คะแนน 16 คะแนน)	<b>2.1ระบบการเฝ้าระวัง</b>	<b>(1.5)</b>		-สอบถามและ ตรวจดูรายงาน การเฝ้าระวัง และ แนว ทางการแก้ไข ปัญหา เป็นลาย ลักษณ์อักษรไม่ เน้น รูปแบบ การบันทึกแต่ สามารถตอบ การสื่อสารกัน ได้  -ดูผลการตรวจ สุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่	<b>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง</b> การกำหนด กลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับ ODOP และปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตาม บริบทของรพ.สต.นั้นๆ และมีการ ดำเนินการเฝ้าระวังทั้งในรพ.สต.และใน ชุมชน  <b>การตรวจสอบสุขภาพประจำปีหมายถึง</b> กิจกรรมการตรวจประเมินสุขภาพ โดยที่ ผู้รับการตรวจยังไม่มีอาการผิดปกติ ยัง อยู่ในภาวะที่ร่างกายยังปกติ และผู้ป่วย รู้สึกว่าร่ากายยังสมบูรณ์ เป็นการตรวจ ที่ทำในทุกๆปี ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการ ตรวจที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์/ สอบถามประวัติอาการ และประวัติทาง การแพทย์ต่างๆ การตรวจร่างกายโดย
	2.1 .1มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	0.5			
	2.1.2มีข้อ 2.1 และมีผลการเฝ้า ระวังการติดเชื้อใน กลุ่มเป้าหมายสำคัญ	1			
	<b>2.2 การตรวจสอบสุขภาพประจำปี</b>	<b>(1.5)</b>			
	2.2.1 บุคลากรตรวจสอบสุขภาพ ประจำปีแต่ไม่ครบ 100%	0.5			
	2.2.2 บุคลากรตรวจสอบสุขภาพ ประจำปีครบ 100%	0.25			
	2.2.3 มีผลการวิเคราะห์การ ตรวจสอบสุขภาพ	0.25			



2.2.4 มีแผนการดูแลสุขภาพ บุคลากรกลุ่มเสี่ยง	0.25		เฉพาะราย	ละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติ การที่ จำเป็น การให้วัคซีนป้องกันโรคตาม
2.2.5 บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยน งาน ตามความเหมาะสม	0.25		-ดูแผนการ ตรวจสุขภาพ -ผลการตรวจ สุขภาพ -แผนการดูแลบุ คลากรกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม ป่วย	คำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข และการให้คำปรึกษาสุขภาพที่ สอดคล้องกับสถานะของผู้รับการตรวจ แต่ละราย  <b>การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ</b> <b>หมายถึง</b> การวิเคราะห์จากผลการตรวจ สุขภาพประจำปีแล้วแบ่งกลุ่มเป็น กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</b>	<b>(1.5)</b>		ประเมินจาก * รอบปีปฏิทิน *มีทะเบียน รายงานการฉีด วัคซีนใช้หวัด	การฉีดวัคซีนที่จำเป็นหมายถึง การฉีดวัคซีนใช้หวัดใหญ่และ วัคซีนที่ป้องกันกันโรค ระบาด ตามการระบาด ของแต่ละพื้นที่
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของ กระทรวงร้อยละ 80 ขึ้นไป	1		รายงานการฉีด วัคซีนใช้หวัด ใหญ่ และ รายงานการฉีด วัคซีนตามการ ระบาดของ โรค ในพื้นที่ให้ กระตุ้นความ เหมาะสม เช่น คอติบ) หรือ - การสอบถาม เจ้าหน้าที่ หรือ -สมุดบันทึกการ ตรวจสุขภาพ ประจำปี	
	2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตาม นโยบาย ของกระทรวงน้อยกว่าร้อยละ 80	0.5			
	<b>2.4 แนวทางการปฏิบัติ</b>	<b>(2)</b>		คู่มือ/ป้าย แนวทาง ปฏิบัติ -สอบถาม	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลั่ง หมายถึงแนวทางที่
	2.4.1 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อ เกิด อุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง	1			

ขณะ ปฏิบัติงานโดยติดป้ายประกาศ/ โปสเตอร์ ในพื้นที่ที่มองเห็นชัดเจน			บุคลากร 1 คน -ขอคู่มือรายงาน	กำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อ เจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็ม
2.4.2มีข้อ 2.4.1 และบุคลากรทราบ และอธิบายแนวทางการปฏิบัติได้ถูกต้อง	0.5		การเกิด อุบัติเหตุเมื่อ เกิดอุบัติเหตุไม่	เข็มแทง เช่น ใบมีดผ่าตัด เข็ม ฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือ แนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด
2.4.3 มีการบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	0.5		เน้นรูปแบบเอา ตามแนวทาง ที่ CUPกำหนด  -กรณีที่ไม่ได้รับ อุบัติเหตุ	หรือสารคัดหลังกระเด็นเข้าตา จุมูก หรือผิวหนังสัมผัสเลือด หรือ สารคัดหลัง เป็น ต้น

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ</b>	(2)		สังเกตป้ายแสดงขั้นตอนการล้างมือ	<b>การทำความสะอาดมือ</b> หมายถึง การขจัดเชื้อให้ทั่วมือ รวมทั้งช่องกลายนิ้วมือด้วยสบู่หรือสารเคมีและน้ำ แล้วล้างออกให้สะอาด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าที่สุดในการควบคุมโรคติดเชื้อ การล้างมืออย่างถูกวิธีร่วมกับการใช้ผ้าเช็ดมือที่สะอาดทุกครั้ง สามารถลดการติดเชื้อในได้ การล้างมืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะสามารถลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการล้างมืออย่างถูกวิธี มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการล้างมือรวมทั้งมีพฤติกรรมกรล้างมืออย่างถูกต้องและเหมาะสมจะสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ
	2.5.1มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และมีอุปกรณ์ล้างมือเช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ เพียงพอพร้อมใช้	1		สุ่มบุคลากร 1 คน ทอบคำถามและสาธิตการล้างมือได้ถูกต้อง ไม่เน้น ว่าเป็นพยาบาล	
	2.5.2มีข้อ 2.5.1 และบุคลากรทำความสะอาดมือได้ถูกต้อง	1			
	<b>2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</b>	(2)		- สังเกตภาพ	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

2.6.1 มีการสื่อสารการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ ตามบริบทของพื้นที่	1		หรือป้ายแสดงขั้นตอน การสวมและถอดอุปกรณ์	หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดย
2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม	1		ป้องกันส่วนบุคคล - สุ่มบุคลากร 1 คน ให้สาธิต และตอบคำถามการใช้ PPE	มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.7การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต</b>	<b>(1.5)</b>		-สุ่มถาม - ตรวจสอบ สถานที่จริง - ป้ายสื่อสาร การปฏิบัติ กรณี โรคติดต่อที่ ต้องแยกพื้นที่ เช่น โรคฉี่ หนู, ไข้หวัด นก คอติบ เป็นต้น	การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการ ให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการ จัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการ แพร่กระจายเชื้อในรพ.สตเช่น ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น
	2.7.1 บุคลากรทราบแนวทางการ จัดการ พื้นที่ เขตสะอาดและเขต ปนเปื้อน ในรพ. สต. เพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ	0.5			
	2.7.2ทราบแนวทางการจัดการแบ่ง พื้นที่ใน การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรค ระบาดที่ เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ใน รพ.สต.	0.5			
	2.7.3มีข้อ 2.7.1และ2.7.2และมีการ จัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขต ปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	0.5			
	<b>2.8 การทำลายเชื้อและการทำให้ ปราศจากเชื้อ</b>	<b>(2)</b>		พิจารณาจาก อุปกรณ์ และ เครื่องมือ สะอาด ปราศจากเชื้อ พร้อมใช้งาน	การควบคุมคุณภาพทางด้าน ชีวภาพ หมายถึงการทำ Spore test
	2.8 .1บุคลากรทราบแนวทางการ ทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อใน อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ด้วยเครื่องนี้ ไอน้ำ และ การควบคุมคุณภาพการทำ ให้ปราศจาก เชื้อทั้ง 3 ด้าน	1			

	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการควบคุมคุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนั่ง)	0.20			
	2.8.3มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อและ ควบคุมภายในห่ออุปกรณ์ทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ set พื้นฐาน, set suture, set คลอด, I&D	0.20			
	2.8.4มีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/เครื่อง/เดือน)	0.20			

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.8.5 มีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อนและการจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	0.20		สังเกต/ สัมภาษณ์ / สอบถาม กรณี ห่ออุปกรณ์ ปราศจากเชื้อ ชำรุด หรือ ไม่ พร้อมใช้ ตัด 0.2 คะแนน	<b>การทำให้ปราศจากเชื้อหมายถึง</b> กระบวนการในการทำลายหรือ ขจัดเชื้อจุลินทรีย์ทุกชนิด รวมทั้ง สปอร์ของเชื้อแบคทีเรียจาก เครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือที่จะต้องผ่านเข้าสู่ส่วน ของร่างกายที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ กระแสโลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น เครื่องมือผ่าตัด เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ใช้ฉีดเข้าเส้น อุปกรณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึ่ง ต้องสัมผัสกับเยื่อของร่างกายใน ระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่อง ท้องจะต้องได้รับการทำให้ ปราศจากเชื้อ
	2.8.6 ไม่พบอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหมดอายุ	0.20			
	<b>2.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</b>	(2)		สุ่มดูมูลฝอย ในถังมูลฝอย -สอบถาม/ สังเกต เช่น กรณีไม่มีรถ ขนขยะ โดยเฉพาะแต่	“มูลฝอยติดเชื้อ” หมายความว่า มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ใน ปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามี การสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอย นั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคใด กรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้เกิดขึ้น หรือไขในกระบวนการตรวจ
	2.9.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการ มูล ฝอย ในรพ.สต.	1			
	2.9.2 การจัดเก็บมูลฝอยในพื้นที่/ห้องพักมูล ฝอย ป้องกันสัตว์ แมลงคืบเข้าได้	0.25			
	2.9.3 มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผู้ป่วยที่นอน	0.25			



รักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแลถูกต้อง			ต้องใช้รถคันเดียวกันขนขยะ	วินิจฉัยทางการแพทย์และ การรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชั้นสุตรศพหรือซากสัตว์รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว
2.9.4 การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปทำลายนอก รพ.สต. โดยรถขน ย้ายมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น *กรณีไม่มีรถที่ใช้ขนส่งขยะเฉพาะ ชั้นต่ำ ต้องมีกล่อง หรือถัง ไม่มีรู มีฝาปิด ล็อคฝาได้ ใช้ขนส่งติดเชื้อ	0.25			
2.9.5 มีการเผาทำลายที่อุณหภูมิสูงอย่างน้อย 760 องศาเซลเซียส หรือนำส่งให้หน่วยงาน/ผู้ดำเนินการที่สามารถกำจัดมูลฝอย ได้มาตรฐาน	0.25			

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-2 LAB

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป	
1. ชื่อหน่วยบริการ	6. ประเภทหน่วยงาน ( ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
2. ที่อยู่	ขนาด รพ.สต. ( ) เล็ก ( ) กลาง ( ) ใหญ่ ( ) รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ ขนาด รพ.สต. ( ) เล็ก ( ) กลาง ( ) ใหญ่ ( ) ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ. ( ) รพศ. (ระบุชื่อ รพ.)..... ( ) รพท. (ระบุชื่อ รพ.)..... ( ) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ( ) ศูนย์บริการสาธารณสุข ( ) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....
3. เครือข่ายบริการสุขภาพที่.....	
4. รหัสหน่วยงาน (5 หลัก)	
5. สังกัด ( ) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) ( ) กรม (ระบุ) .....	
( ) อื่นๆ (ระบุ) .....	
7. อัตรากำลังของบุคลากร	8. ตำแหน่งบุคลากร (ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ) ดังนี้
7.1 ข้าราชการจำนวน ..... คน	8.1 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ..... คน
7.2 พนักงานราชการ จำนวน ..... คน	8.2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน .....คน
7.3 ลูกจ้างประจำ จำนวน ..... คน	8.3 พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน.....คน
7.4 ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ..... คน	8.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน.... คน
7.5 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....คน	8.5 ทันตภิบาล จำนวน .....คน
7.6 อื่นๆ (ระบุ).....จำนวน ..... คน	8.6 นักแพทย์แผนไทย จำนวน .....คน
รวมทั้งหมด ..... คน	8.7 อื่นๆ เช่น นักจัดการทั่วไป, ลูกจ้าง ฯลฯ จำนวน ..... คน
	รวมทั้งหมด ..... คน
ส่วนที่ 2 : ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ	
งานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	
1. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว	( ) มี ( ) ไม่มี
2. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ	( ) มี ( ) ไม่มี
3. การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)	( ) มี ( ) ไม่มี
4. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)	( ) มี ( ) ไม่มี
5. การเก็บตัวอย่าง Rectal swab	( ) มี ( ) ไม่มี

ส่วนที่ 3 : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ						
โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุคะแนน ตามความเป็นจริง และนำค่าคะแนน (ข) ที่ประเมินได้ คูณ กับ น้ำหนัก (ก) ใส่ในช่อง ผลคะแนน (ค) ให้ครบถ้วนทุกข้อ						
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
<b>1. บุคลากร ☆</b>						
1	<p>1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรม จากรพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักในรพ.สต.ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม</li> </ul> <p>1.2 มีบันทึกประวัติการอบรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนพนักงาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนพนักงาน ควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม 4 test หลักที่ให้บริการและเป็นปัจจุบัน</li> </ul>	3	ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รับการอบรม	ผู้ปฏิบัติหลักได้รับการอบรม	ไม่มีคนได้รับการอบรม	หลักฐานการอบรม/สอน
2	<p>1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน</li> </ul>	1	มี		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน
3	<p>1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพง. วิทยฯ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการ รับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ line / face book ได้</li> </ul>	1	มีพร้อมบันทึกการขอรับคำปรึกษา		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน

2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน						
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>• พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ</li> </ul>	1	แยกเป็นสัดส่วน		ไม่เป็นที่เป็นทาง	ดู,สังเกต,ถาม
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์ห้อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> <li>• พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้</li> </ul>	1	Hct Centวางที่มั่นคงสะดวกใช้งาน	มั่นคงแต่มีความชื้น แดดส่อง	ไม่มั่นคง	ดู,สังเกต,ถาม,ลองขยับ
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ☆						
	3.1 วัสดุ น้ำยา					
6	3.1.1 มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บวัสดุ และชุดน้ำยาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ในกรณีรพ.สต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอระบบการคัดเลือกหลักฐานการเบิกจ่ายต้องมีหมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกันกับของที่มีอยู่ในคลังจัดเก็บในอุณหภูมิถูกต้อง</li> </ul>	2	มีระบบและหลักฐานการเบิกจ่าย	หลักฐานการเบิกจ่ายไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานการเบิกจ่าย	ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม
7	3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของน้ำยาและตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>• มีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตามเอกสารกำกับน้ำยา</li> </ul>	1	มีระบุ วันหมดอายุ	มีไม่ทุกชิ้น	ไม่มี	ดู,สังเกต,ถาม

	3.2 เครื่องมือทดสอบ					
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> <li>ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัท จำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องปั่น Hct ควรมีหมายเลข ครุภัณฑ์ กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่เสนอแนะให้จัดทำ ครอบถ้วน</li> </ul>	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา <ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ. สด. อาจยกข้อมูลจัดทำเฉพาะของ รพ.สด. เองก็ได้ต้อง รวม นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการ เก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย</li> </ul>	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
<b>3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆</b>						
10	3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ ที่เป็นปัจจุบัน <ul style="list-style-type: none"> <li>มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการ สอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ</li> <li>เครื่องปั่น Hct สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ</li> <li>นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ ใช้งาน สามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมี ผลการติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง</li> <li>มีการใช้นาฬิกาจับเวลา หรืออุปกรณ์อื่นที่มีการ สอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที)</li> </ul>	3	มีครบ	มีแต่ไม่ สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
	3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว					
11	3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่ หมดอายุ	1	มีและ ไม่ หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่ หมดอายุ	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
12	3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	1	มีอย่างน้อย 1 อัน		ไม่มี	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
	3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ					

13	3.4.1 มีแถบวัดSugar,Proteinในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและมีการใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือหมดอายุ	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)						
14	3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุ และมีการใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
15	3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีฝาไม่หักคะแนนแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไซ</li> </ul>	1	มี สะอาดแห้ง ใช้ครั้งเดียวทิ้ง		ไม่มีหรือมีไม่ สะอาดไม่แห้ง ไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง	หยิบดู ถาม
3.6. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)						
16	3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	1	มี ใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สมบูรณ์	หยิบดู ถาม
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
17	3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/พิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช้แปรงถ่านแต่ใช้พิวส์ให้มีพิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง <ul style="list-style-type: none"> <li>• เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีพิวส์ ให้มีพิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้พิวส์สำรองแปรงถ่าน</li> </ul>	1	มีตรวจสอบและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบแต่ไม่มีสำรองประจำเครื่องหรือไม่มีระบบสำรอง	ไม่มีตรวจสอบ	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
18	3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) <ul style="list-style-type: none"> <li>• capillary tubeสำหรับใช้ตรวจHctต้องไม่หมดอายุ กรณีมี แต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน)</li> </ul>	1	มีและไม่หมดอายุ	-	ไม่มี	หยิบดู ถาม
19	3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ปั้นน้ำไม่หลุด ไม่ใช้สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริง</li> </ul>	1	มี ลักษณะใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ใช้งานไม่ได้	หยิบดู ถาม
20	3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด	1	มีเป็นlancetหรือเข็มเฉพาะเจาะปลายนิ้ว		ไม่มีหรือใช้เข็มเจาะแขนมาเจาะปลายนิ้ว	หยิบดู ถาม
21	3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและสอบเทียบอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง	มีแต่ไม่ได้สอบเทียบ	ไม่มี	ดู เอกสารหรือ stickerสอบเทียบ สังเกตถาม

<b>4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ</b>						
22	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และ วิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้</li> </ul>	2	มีคู่มือ		ไม่มี	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
23	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจโดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุ ชื่อ-นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ส่งเอง ตรวจสอบไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ</li> </ul>	1	มี รายละเอียดครบ	มีแต่ไม่มี รายละเอียดที่ไม่สำคัญ	ไม่มีหรือมีแต่ไม่มี รายละเอียดครบตามที่ระบุ	หยิบดู ถาม
<b>4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)</b>						
24	4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	1	มีและแห้ง สะอาด ใช้ครั้งเดียว		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียว	หยิบดู ถาม
25	4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้กรณีส่งต่อให้ รพ.ที่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่งวันที่โดยใช้ฉลากติดเท่านั้น</li> </ul>	1	มี รายละเอียดครบ	มีแต่ รายละเอียดไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดู ถาม
<b>5. ขั้นตอนการทดสอบ</b> ☆						
26	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ ต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุดตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ</li> </ul>	2	มีครบทุกการทดสอบ	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดู ตรวจสอบถาม

27	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> <li>บุคลากรผู้รับผิดชอบต้องสาธิตวิธีการตรวจวิเคราะห์ให้ดูทั้ง 4 รายการทดสอบและมีการสุ่มเลือกผู้สาธิต</li> </ul>	2	ปฏิบัติตามขั้นตอนถูกต้อง		ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน สังเกต,ถาม
<b>6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆</b>						
28	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>ควบคุมคุณภาพภายใน(IQC)อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งกรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหาก ควรทำ IQCโดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วย ไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input &amp; process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือด ทำ IQC</li> </ul>	3	ทำIQC ทุกการทดสอบ ความถี่เดือนละ1ครั้ง	ทำไม่ครบหรือครบทุกการทดสอบแต่หรือความถี่ไม่ได้ตามกำหนด	ไม่มีการทำ IQCเลย	ดู ,สังเกต,ถาม ดูหลักฐาน
<b>6. การประกันคุณภาพการทดสอบ (ต่อ) ☆</b>						
29	6.2ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีชนะที่ออกตรวจ อาจไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ</li> </ul>	2	ทำEQAหรือ Lab comparison ทุกการทดสอบ	มีแต่ทำไม่ครบทุกการทดสอบ	ไม่มีการทำเลย	ดู,สังเกต,ถาม ดูหลักฐาน
30	6.3กรณีที่พบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> <li>มีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ</li> </ul>	1	มีการหาสาเหตุ แก้ไขและป้องกัน	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีการดำเนินการ	ขอดูบันทึกการดำเนินการ
<b>7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย</b>						
31	ปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง <p>7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ มีป้ายฆ่าเชื้อโรค</p>	1	มีการทำลายตัวอย่างถูกต้อง		ไม่มีแนวทางหรือทำไม่ถูกต้อง	ถาม ให้อธิบาย สังเกตหลักฐาน แวดล้อม



	7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็มทิ้งตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น	1	มีการใช้คู่มือหรือWI		ไม่มี	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
<b>8. การรายงานผลการทดสอบ</b>						
32	8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ <ul style="list-style-type: none"> <li>มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT, น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ กรณีทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมดยุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. 2 คน ช่วยกันตรวจ แต่ทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับอสม. ของรพ.สต.ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย</li> </ul>	2	มีทะเบียนหรือ เอกสารที่ตรวจสอบผลหรือรายงานได้	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานแสดง	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
33	8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วนผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจากรพ.ที่ส่งผลกลับมากรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ 8.1 ได้</li> </ul>	2	ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	มีแต่ข้อมูลไม่ครบถ้วน	ไม่มีใบรายงานผล	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
34	8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> <li>เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี</li> </ul>	1	มีสำเนารายงานผล		ไม่มี	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
35	8.4 มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผลการตรวจกรณีส่งสิ่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	2	มีทะเบียนการส่งต่อและผลการตรวจ	ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้ครบถ้วน	ไม่มีและค้นหาไม่ได้	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
รวม						
ผลรวมคะแนน						
สรุปผลการตรวจติดตามและประเมินผล						
คะแนนเต็ม						

คะแนนที่ได้	
คิดเป็นร้อยละ	

### โปรดลงชื่อตัวบรรจง

1.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

2.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

3.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

วันที่ให้ข้อมูล .....

1.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

2.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

### หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและพี่เลี้ยง

- ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
- แนวทางการทำ IQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที
- การจัดทำ IQC material ให้รพช./รพท./รพศ./คปสอ.ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต. ทำ IQC ส่งผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
- การทำ IQC ของ Hct ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ(input & process)ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเรื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัด หรือ อาจใช้ known Control ให้ทำเป็นครั้งคราว ทำควบคู่ไปด้วยก็ได้
- การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดยรพช./รพท./รพศ./CUP เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ โดยทำ EQA หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (interlab Comparisons) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (สมป.รับทำ 1 ครั้งสำหรับหน่วยงานที่ได้รับการรับรองปี 2557)
- ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้
  - การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
  - การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน

- 6.3 การสุ่มตรวจรายงานผล
- 6.4 การนำส่งตรวจต่อมีอุปกรณ์นำส่งที่มีฝาปิดมิดชิดและมีice pack หรือน้ำแข็งสำหรับควบคุมอุณหภูมิ
- 6.5 กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
- 6.6 การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
- 6.7 การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ(ผู้  
ประเมิน).....  
.....  
....  
.....  
....

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมชาติและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-3 เกณฑ์กรม/ คู่มือรองผู้ปลัดด้านสาธารณสุข (คปส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
1	<b>บุคลากร (2 คะแนน)</b> -มีเกษตรกรรับผิดชอบในการพัฒนางานบริการเกษตรปฐมภูมิ อย่างน้อย 1 คน	-มีคำสั่งแต่งตั้ง และ -มีแผนการปฏิบัติการ และ ปฏิบัติงานจริง อย่างน้อย <u>ปีละ 4 ครั้ง</u>	-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการปฏิบัติการ และปฏิบัติงานจริงอย่าง น้อย ปีละ 2 ครั้ง (อย่างน้อยหนึ่ง)	-ไม่มีคำสั่ง แผนการ ปฏิบัติการ และไม่มีกรออก ปฏิบัติงานจริง		-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยม หรือผล ปฏิบัติงาน หรือเอกสาร อื่นๆ - ฯลฯ	
2	<b>คลังยาและเวชภัณฑ์ (16 คะแนน)</b> 2.1 มีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม มีความมั่นคง ถาวร มีระบบป้องกันการสูญหาย (มีกุญแจ 2 ดอก โดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก) 2.2 สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์มีความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกันแสงแดดและความชื้น <u>สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้</u>	-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น (มีกุญแจ 2 ดอกและมีคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจคนละ 1 ดอก มาพร้อมกัน) -มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย <u>6 เดือนนับแต่วันตรวจ</u> -ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °c ความชื้นไม่เกิน 70%) -คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และ	-ประตุมีกุญแจล็อก 2ชั้น (มีกุญแจ 2 ดอกโดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก) -มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น แต่ไม่เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย <u>6 เดือนนับแต่วันตรวจ</u> -มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบันแต่ <u>ไม่ผ่านเกณฑ์</u>	-ประตุมีกุญแจล็อก 1 ชั้น หรือ กรณีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์อยู่นอกอาคาร รพ.สต. มีแต่ประตูกระจก ไม่มีเหล็กตัด -ยาถูกแสงแดด -ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น -คลังยาไม่สามารถป้องกัน <u>สัตว์และแมลงได้</u>		-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก -ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูกแสงแดด - เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น -แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น (กรณี PCU รพ. ประเมิน	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		<u>แมลงได้</u>				<u>ที่คลังยาที่เก็บยา รพ.สต.)</u>	
	2.3 มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ อย่างเหมาะสม แยกเป็นหมวดหมู่ มีป้ายชื่อ ยาแต่ละรายการ ไม่วางยาและเวชภัณฑ์ บนพื้นโดยตรง	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้น โดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ		-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	
	2.4 การควบคุมและการเบิกจ่าย เวชภัณฑ์ มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่าย (stock card) และลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายมีใบเบิก-บันทึกรายการจ่ายที่ถูกต้องตรงกับทะเบียนควบคุม คลังยา	-สุม stock card นับยา 10 รายการตรงทุกรายการ และ -มีใบเบิกยาจากคลังยา และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) และวันที่ สอดคล้องกับ stock card	-สุม stock card นับยา 10 รายการตรงมากกว่า 5 รายการ -มีใบเบิกยาจากคลังยา (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-สุม stock card นับยา 10 รายการตรงน้อยกว่า 5 รายการ -ไม่มีใบเบิกยาจากคลังยา		- สุ่ม รบ.301 <u>Stock Card</u> และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ - รบ.301 หรือ <u>stock card</u> รพ.สต. ข้อมูล <u>จำนวนรับ และวันที่รับยา ต้องสอดคล้อง</u> - <u>คล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจาก รพ.ที่รับยาเข้าคลัง รพ.สต.</u>	
	2.5 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มียาในคลังจำนวนเพียงพอ	-ไม่มียาขาด stock ในคลังยา หรือ จุดจ่ายยา	-ยาขาด stock ไม่เกิน 2 รายการ	-ยาขาด stock เกิน 2 รายการ		-สุมรบ.301 <u>Stock Card</u> และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา	- ยาปฏิชีวนะ - ยาโรคเรื้อรัง (ถ้ามี) - และ ยา Life saving drug

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	2.6 ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยา เลียมสภาพหรือ หมดอายุทั้งในคลังยา และจุดบริการผู้ป่วย	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยา เลียมสภาพ หรือหมดอายุ และ ระบุวันเปิด วันหมดอายุ -มีการจัดเรียงยาแบบ <u>first expired first use</u>	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่ มีไซยาเลียมสภาพ หรือ หมดอายุ	-พบยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีไซยา เลียมสภาพหรือหมดอายุ		-สุ่มดูวันหมดอายุ และ ลักษณะภายนอกของ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยา (สุ่ม 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ เวชภัณฑ์ที่ มีไซยา 3 รายการ)	ยา multiple dose และ ยา pre-pack (ยาฉีด multiple dose 1 เดือน หลังเปิด น้ำเกลือล้าง แผล 24 ชม. ยา กระปุกและ ยา pre-pack 1 ปี)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	<p>2.7 ตู้เย็นเก็บยา</p> <p>2.8 ตู้เย็นเก็บวัคซีน</p> <p><u>หัวข้อการประเมิน</u></p> <p>1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน)</p> <p>2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ</p> <p>3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน</p> <p>4. เทอร์มิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ</p> <p>5. เก็บยาและวัคซีนเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย</p> <p>6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม</p> <p>7. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือหรือปิดโฟม เพื่อควบคุมอุณหภูมิ</p>	ครบทั้ง 7 ข้อ	ไม่ครบทุกข้อ แต่ต้องมีข้อ 1,3,6	ไม่มีข้อ 1,3,6		<p>- ตรวจสอบจากเทอร์มิเตอร์ในตู้เย็น</p> <p>- บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง</p>	
3	<p><b>งานบริการเภสัชกรรม (16 คะแนน)</b></p> <p>3.1 มีบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ โดยมี ยาช่วยชีวิต และมีคู่มือการใช้ยา <u>ช่วยชีวิต</u> ได้แก่</p> <p>1. Adrenaline injection 1:1000</p> <p>2. Atropine injection 1:1000</p>	<p>- มีบัญชีรายการยา รพ.สต. เป็นเอกสาร หรือ ไฟล์ ที่จัดทำต่างหากจากแผนจัดซื้อยา</p> <p>- ไม่มีรายการยา NED <u>หรือ มีแต่</u> <u>ได้รับการอนุมัติจากผู้ตรวจ</u> ราชการฯ หรือ อยู่ระหว่างการขอ</p>	<p>- มีบัญชีรายการยา รพ.สต.</p> <p>- มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. หรือมีคู่มือการใช้ยา <u>ช่วยชีวิต</u></p> <p>(อย่างใดอย่างหนึ่ง)</p>	-ไม่มีทุกข้อ		<p>- บัญชีรายการยา รพ.สต. และยาช่วยชีวิต</p> <p>- คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต</p>	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	3. 0.5% calcium chloride/gluconate 4. 20% dextrose หรือ 50% dextrose 5. Furosemide injection 6. Hydrocortisone/Dexamethasone	<u>อนุมัติ (แจ้ง สสจ.แล้ว)</u> -มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต.และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต					
	3.2 มีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการจัดยา และส่งมอบยา มีความรู้ด้านยา (โรงพยาบาลมีการจัดอบรมความรู้ด้านยาให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)	-มีการจัดอบรมเรื่องยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต	-มีการจัดอบรมเรื่องยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. มีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต (อย่างน้อยอย่างหนึ่ง)	-ไม่มีทุกข้อ		-มีแผนการอบรม - มีหลักฐานผ่านการอบรม เช่น หนังสือเชิญอบรม - คู่มือการใช้ยาที่จำเป็นหรือสื่ออื่นๆ นอกเหนือจากยาช่วยชีวิต ( <u>อาจเป็นคู่มือฯ ของ รพ. หรือ จังหวัดก็ได้</u> )	
	3.3 มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพทย์โดยการติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่นใด ใน family folder - <u>มีแนวทางหรือการออกบัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัช</u>	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ โดยการติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่นใด ใน family folder - <u>มีแนวทางหรือการออกบัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่</u>	ไม่มีทั้ง 3 ข้อ		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ในคอมพิวเตอร์ หรือไฟล์ข้อมูล - family folder - <u>มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย กรณีแพทย์</u>	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		กร	ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ ต่อที่โรงพยาบาลโดย เภสัชกร (อย่างไรอย่างหนึ่ง)				
	3.4 ยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูลครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่ จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการ ใช้ยา, มีการระบุวันหมดอายุในซองยา แบ่งบรรจุ (Pre-pack)	-มีข้อมูลครบถ้วน	-มีข้อมูล แต่ไม่ครบถ้วน	- ไม่มีข้อมูลรายละเอียด ของยาที่ส่งมอบ		- ซองยา, ฉลากยา - สาริตการจ่ายยาให้ดู	
	3.5 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริม การใช้ยา ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปลอดภัย ได้แก่ ฉลากช่วย สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ สอดคล้องกับ ODOP	-มีฉลากช่วยในการใช้ยา -สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย	-มีฉลากช่วยในการใช้หรือ -สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ ปลอดภัย (อย่างไรอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 2 ข้อ		-ฉลากช่วย เช่น การใช้ยา หยอดตา การใช้ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้ง สำหรับเด็ก -สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ สอดคล้องกับ ODOP	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
4	<b>งานคุ้มครองผู้บริโภค (16คะแนน)</b> 4.1 มีการจัดทำฐานข้อมูลร้านค้า แผงลอย, จำหน่ายอาหารแปรรูป (อย.), อาหารปรุงจำหน่าย (CFGT), อาหารสด(ป้ายทอง), ตลาดสด, เครื่องสำอางสำหรับผ้า ผิวขาว, ยา (ร้านขายของชำ) และสถานีวิทย์ในชุมชน ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	-มีการจัดทำฐานข้อมูลครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน (ปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง)	-มีการจัดทำฐานข้อมูล - จัดทำฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน (ปีละ 1 ครั้ง) (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-ไม่มีการจัดทำฐานข้อมูล		-ทะเบียนสรุบบข้อมูล คบส. ของรพ.สต. แยกรายหมู่บ้าน	
	4.2 มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ยา และเครื่องสำอาง ในร้านค้า ตลาดสด แผงลอยในชุมชน <u>ประเด็นการตรวจสอบเฝ้าระวัง</u> - อาหาร (ฉลาก, อย., ที่ตั้ง, ผู้ผลิต, วันผลิต, วันหมดอายุ, ด้านกายภาพ,บรรจุภัณฑ์, การเก็บรักษา) - ยาที่ห้ามขาย ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยาฉีด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก - เครื่องสำอาง -เครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย 34 รายการที่ อย. ห้ามจำหน่ายไม่ต้องดู lot ถ้าพบ ยี่ห้อนั้นห้ามจำหน่าย)	-มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน - มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคม <u>จัดอบรม</u>	-มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน - มีการแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคม (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 2 อย่าง		-สรุปผลการดำเนินงาน/ บันทึกการดำเนินงาน	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	-เครื่องสำอางที่พบ สารห้ามใช้ที่ อย. ประกาศ (ดูเป็น lot)-ฉลากเครื่องสำอางที่ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก						
4.3	ร้านค้า ร้านชำ ไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้ง 2 ร้าน	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย 1 ร้าน	-พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายทั้ง 2 ร้าน		- สุ่มตรวจอาหาร และ ขนมตามแบบบันทึกการสุ่ม ตรวจร้านค้า แนบท้าย	
4.4	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ครบ 3 ข้อทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพครบ 3 ข้อ จำนวน 1 ร้าน หรือ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ ไม่มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้ง 2 ร้าน		- ผู้จำหน่ายร้านค้า มีความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร (1).ดู อย. (2). ดูวันผลิต วัน หมดอายุ ได้, (3). ทราบ รายการยาที่ห้ามขายใน ร้านค้า ตามข้อ 4.2	รายละเอียดตาม แบบบันทึกการ สุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย
4.5	มีการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ผิดกฎหมาย (ยาและอาหาร ) ในสถานีวิทยุ ป้ายโฆษณา รถเร่	-มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใน สถานีวิทยุ กรณีไม่มีสถานีวิทยุ ให้ เฝ้าระวังป้ายโฆษณา รถเร่ และ สรุปลง/บันทึก/หลักฐานการ ดำเนินงาน ให้อำเภอทราบ	-มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ไม่มีสรุปลง/บันทึก/ <u>หลักฐาน</u> การดำเนินงานให้ <u>รพ. หรือ สสอ. ทราบ</u> พบ <u>เพียงหลักฐานใน รพ.สอ.</u>	-ไม่มีมีการดำเนินการเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามแผน		- <u>สรุปลงหรือบันทึก/</u> <u>หลักฐานการดำเนินงาน</u> - แผ่นป้ายโฆษณาในชุมชน	สอบถามข้อมูล จาก ชุมชนเพื่อยืนยัน
4.6	ร้านค้า ตลาด ที่ หรือ ทางสาธารณะ ไม่พบการ ปิดแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย	ไม่พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย แต่มีการ แจ้งข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ	พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย แต่ ไม่มี การแจ้งข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ		- สำหรับแผ่นป้ายโฆษณาที่ ร้านค้า ตลาด ที่หรือทาง สาธารณะ	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
4.7	มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริหารได้แก่ กลุ่ม อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย	-มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย ทั้ง 2 กลุ่ม	-มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง	-ไม่มีการดำเนินการ		-แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนิน  - สัมภาษณ์ผู้บริหาร อสม. ครู นักเรียน อย.น้อย (ถ้ามี)	<u>พิจารณาหลักฐาน</u> <u>ตั้งแต่ตุลาคม</u> <u>2559 ถึงปัจจุบัน</u>
4.8	อสม. ครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภค ในพื้นที่	- มีโครงการหรือกิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภค ในพื้นที่ ที่ อสม. และครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการ ดำเนินการทุกกลุ่ม	- มีโครงการหรือกิจกรรม เชิง รุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครอง ผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. หรือ ครูนักเรียน อย.น้อย จำนวน 1 กลุ่ม มีส่วนร่วมใน การดำเนินการ	-ไม่มีการดำเนินการ		-แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนิน  - สัมภาษณ์ผู้บริหาร อสม. ครู นักเรียน อย.น้อย (ถ้ามี)	<u>พิจารณาหลักฐาน</u> <u>ตั้งแต่ตุลาคม</u> <u>2559 ถึงปัจจุบัน</u>

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-3 เกณฑ์กรรม/ คัดกรองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข : แบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า

\*\*\* (เอกสารแนบท้ายประกอบการประเมินงานเภสัชกรรม/ คัดกรองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข)

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประกอบการ.....ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

## 1. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง

ประเด็น	ตรวจ (รายการ)	พบไม่ถูกต้อง (รายการ)	ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่พบไม่ถูกต้อง
1. อาหารที่ไม่มี อย. 10 ชนิด ได้แก่ นม นมเปรี้ยว ไอศกรีมน้ำดื่ม เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซอส น้ำปลา เครื่องปรุงรส อาหารกระป๋อง ขนมหึ่ง/เบเกอรี่ ที่มาจากแหล่งผลิตนอกอำเภอหรือไม่ทราบแหล่งที่มา			
2. อาหารตามข้อ 1 ที่ฉลากไม่มีวันเดือนปีผลิต/หมดอายุ			
3. ขนมหึ่ง/อาหารที่มีลักษณะกายภาพ/บรรจุภัณฑ์/ การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง/เสื่อมสภาพ หมดอายุ			
4. ยาห้ามขาย(ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยาฉีด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก)			
5. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย.ห้ามขาย ขาย 34 รายการ			
6. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย. ประกาศผล ตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้ (ตามรายการที่กำหนด)			
7. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ฉลากไม่ถูกต้อง(ไม่มี ฉลากภาษาไทย ไม่มีฉลาก ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก)			
8. แผ่นป้ายโฆษณาอาหาร เครื่องดื่ม ยาที่ผิดกฎหมาย (1.อาหาร/เครื่องดื่ม โฆษณาสรรพคุณป้องกันรักษาโรค 2. ยา โฆษณารักษาเบาหวาน มะเร็ง อัมพาต หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ไต บำรุงกาม คุมกำเนิด โฆษณาสรรพคุณยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือโฆษณาชิงโชค ส่งกล่องยา รับรางวัล)			

## 2. การทดสอบความรู้ผู้จำหน่าย

- ดูเครื่องหมาย อย.บนฉลาก อาหาร ( ) ถูกต้อง ( ) ไม่ถูกต้อง  
- ดูวันผลิต วันหมดอายุในฉลากอาหาร ( ) ถูกต้อง ( ) ไม่ถูกต้อง  
- รายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า ( ) รู้ ( ) ไม่รู้

ลงชื่อ..... ผู้ประกอบการร้านค้า

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

รายการเครื่องสำอางสำหรับฝ้า 34 รายการที่ห้ามขายตาม

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย

ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2552 และ ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2552

1. BEANNE บีแอน ครีมไข่มุกตราแตร
2. แอนตี้-ฟาร์ ครีม
3. แอนตี้-ฟาร์ โลชั่นกันฝ้า ปรับผิว
4. ROSE ครีมขจัดฝ้า
5. FAR-ACT ครีมรักษาฝ้า
6. CN คลินิก 99
7. ครีมฝ้าเมลาแคร์
8. โลชั่นกันแดด กันฝ้า เมลาแคร์
9. ครีมวินเซิร์ฟ
10. โลชั่นวินเซิร์ฟ ลดฝ้ากันแดด
11. MUI LEE HIANG PEARL CREAM
12. เอสจี โลชั่นปรับสภาพผิว
13. เลนาว ครีมบำรุงผิวหน้ากลางคืน
14. NEW CARE นิวแคร์ ครีมประทอนผิว
15. NEW CARE นิวแคร์ โลชั่นปรับสภาพผิว
16. 3 ทรีเดย์ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอยหมองคล้ำ
17. 3 ทรีเดย์ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
18. 3 ทรีเดย์ เนเชอรัล ครีมทาสิว
19. 3 ทรีเดย์ เนเชอรัล โลชั่นป้องกันแสงแดด
20. พรีเม่ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอย
21. พรีเม่ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
22. มิสเดย์ ครีมแก้สิว
23. มิสเดย์ ครีมแก้ฝ้า
24. พอลล่า ครีมทาสิว
25. พอลล่า ครีมทาฝ้า
26. พอลล่า โลชั่นกันแดดรักษาฝ้า
27. ครีมซาเซียว DR. JAPAN
28. ครีมซาเซียว MISS JAPAN
29. ซิซาเดะ ครีมหน้าขาว โสมผสมไข่มุกญี่ปุ่น
30. ครีมบัวหิมะ หลิง หลิง
31. ครีม QIAN MEI
32. ครีม QIAN LI
33. ครีม CAI NI YA
34. ครีม JIAO LING

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....



	- มีการตรวจและมีเอกสาร = 2 คะแนน		
1.3 คุณภาพของข้อมูล (8 คะแนน)	ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านการตรวจคุณภาพด้วยโปรแกรม OPPP-2010 (ตุลาคม 2559-ปัจจุบัน)  - น้อยกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน  - ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน  - ร้อยละ 80-89 = 6 คะแนน  - ร้อยละ 90-100 = 8 คะแนน  สุ่มตรวจ 1 เดือน (ตุลาคม 2559 – เดือนก่อนการประเมิน)	8	
	<b>รวม</b>	25	

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
1. มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเรื่องแม่ข่าย  - น้อยกว่า 1:0.50 = 1 คะแนน      - 1:0.50 – 0.59 = 2 คะแนน  - 1:0.60 – 0.69 = 3 คะแนน      - 1:0.70 – 0.79 = 4 คะแนน  - 1:0.80 – 0.89 = 5 คะแนน	5	
2. มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ  - ไม่มี = 0 คะแนน  - มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูล และไม่ใช้งานอื่น = 3 คะแนน  - มี = 5 คะแนน	5	
3. มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล บริการของ รพ.สต.  - มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน  - มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน	5	



<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน</li> </ul>		
<p>4. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมีปัญหา</p> <p>4.1 มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart)</p> <p style="padding-left: 20px;">-ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน</p> <p>4.2 มีโปรแกรม แอนตี้ไวรัสแท้ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux</p> <p style="padding-left: 20px;">-ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน</p> <p>4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (Ups) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย</p> <p style="padding-left: 20px;">-ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน</p>	6	
<p>5. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = 0 คะแนน</li> <li>- มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง = 2 คะแนน</li> </ul>	2	
<p>6. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีระบบ = 0 คะแนน</li> <li>- มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = 2 คะแนน</li> </ul>	2	
<b>รวม</b>	25	

## ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<p>1. มีข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตามประชากร 5 กลุ่มวัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ - 5 ปี)</li> <li>- กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 - 14 ปี)</li> <li>- กลุ่มวัยรุ่น (15 - 21 ปี)</li> <li>- กลุ่มวัยทำงาน (21 - 59 ปี)</li> <li>- กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (6๐ ปี ขึ้นไป)</li> </ul> <p>มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 1 - 2 กลุ่มวัย = 3 คะแนน</p> <p>มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 3 - 5 กลุ่มวัย = 6 คะแนน</p>	6	
<p>2. มีแผนงานโครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพตามการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 2 ลำดับปัญหา = 3 คะแนน</li> <li>- มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 3 - 5 ลำดับปัญหา = 6 คะแนน</li> </ul>	6	
<p>3. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 2 โครงการ = 3 คะแนน</li> <li>- มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 3 - 5 โครงการ = 6 คะแนน</li> </ul>	6	
<p>4. มีการทบทวนและประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 3 คะแนน</li> <li>- มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 71 - 80 = 5 คะแนน</li> <li>- มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 81 ขึ้นไป = 7 คะแนน</li> </ul>	7	
<b>รวม</b>	25	

## ส่วนที่ 4 การจัดการความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์ (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
1. มีการทบทวนข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่มาวางแผนแก้ไขปัญหา เช่น ข้อมูลปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย ข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	5	
2. มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	5	
3. มีวิธีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิด กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน	5	
4. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	5	
5. ชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การ ดูแลตนเองได้	5	
<b>รวม</b>	25	

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม	
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ	(2)		สัมภาษณ์ กระบวนการ ได้มาซึ่ง ปัญหา ของ ชุมชน (ODOP)/ วิธีการ ค้นหา ปัญหา และ ความ ต้องการ ของ ชุมชน / การ บันทึก ประเด็น ปัญหา	ODOP (One District One Project/ Program) หมายถึง ประเด็น ปัญหา สุขภาพ ของพื้นที่ ที่เป็น ปัญหา ร่วมและ มีการ แก้ไข ปัญหาทุก ภาคส่วน คำว่า One District One Project ถูก นำมาใช้ เป็น	
	ทราบความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ (Health Need) ประเด็น ปัญหาหรือประเด็นที่ต้องพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับ มีกระบวนการ (ประชุม/ ประชาคม/ เรื่องเล่า/ CBL/ SRM/ ธรรมนูญสุขภาพ) อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีการนำฐานข้อมูลมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ					
	- ไม่มีการค้นหาความต้องการของประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP)	0				
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ไม่มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	1				
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	2				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
					<p>ตัวกระตุ้น (trigger) เพื่อให้เกิด การทำงาน ร่วมกัน ของภาคี เครือข่าย ซึ่ง สามารถ ทำได้ทั้ง ในระดับ ตำบล อำเภอ และ จังหวัด โดยการมีส่วนร่วม ของภาคี เครือข่าย สุขภาพ ระดับ อำเภอ และ นำไปสู่ การขยาย ผลใน</p>

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
					พื้นที่ระดับอื่นๆและประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ
	<b>2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย</b>	<b>(2)</b>			“การประสานงาน” หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆร่วมมือปฏิบัติงานเป็นหนึ่งเดียวกัน
	มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม				
	- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารภายใน คปสอ. และ รพ.สต. ภายในเครือข่าย	<b>0</b>			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	<b>1</b>			
<b>หมวด 2 การให้ ความ สำคัญ</b>	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	<b>2</b>			
	<b>2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย</b>	<b>(2)</b>			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
กับ ประชา กร เป้าหมาย	มีการจัดช่องทางติดต่อประสานงานกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม				เพื่อลด ความ ขัดแย้งใน การ ทำงาน ดำเนินไป ด้วย ความ ราบรื่น
ชุมชน และผู้มี ส่วนได้	- ไม่มีการจัดช่องทางสื่อสารกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ	0			สอดคล้อง กับ วัตถุประสงค์ สงคิโน
ส่วน เสีย	- มีการจัดช่องทางติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	1			การ ทำงาน ร่วมกัน หรือการ ติดต่อสื่อ สารให้ เกิด ความคิด ความ เข้าใจ ตรงกันใน การ ร่วมมือ ปฏิบัติงาน ให้
	- มีการจัดช่องทางติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	2			การ ทำงาน ร่วมกัน หรือการ ติดต่อสื่อ สารให้ เกิด ความคิด ความ เข้าใจ ตรงกันใน การ ร่วมมือ ปฏิบัติงาน ให้

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
					สอดคล้องทั้งเวลาและกิจกรรมที่จะต้องกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้งานดำเนินไปด้วยความราบรื่น
	<b>2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม</b>	<b>(2)</b>		สัมภาษณ์/	การมีส่วนร่วม
	ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม			สอบถามการสร้างการมีส่วนร่วมกับ	หมายถึงกระบวนการ ที่ทำให้บุคคลสมัครใจเข้ามามี
	- ชุมชน ภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการจัดระบบดูแลสุขภาพ	0			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
				ภาคีเครือข่าย/ภาพถ่ายหลักฐานในดำเนินงานร่วมกัน/ระบบงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและบทบาทของภาคีเครือข่ายต่างๆที่มาร่วมในการดำเนินงาน	ส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเองและมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งใจเอาไว้ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอกหรือ
หมวด 2 การให้ความ	- ชุมชนภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่เกิดระบบและยังไม่มี การประเมินผลที่เกิดกับสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม	1			องค์กรที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ
	- ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วม	2			ในการ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
สำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม				ดำเนินงานกิจกรรมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอน
	2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน	(2)		สอบถามวิธีการ	ความพึงพอใจ
	<p>มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร</p> <p>เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียน มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไข</p> <p>อย่างได้ผลและทันท่วงที ลดความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร</p>			สร้าง ความสัมพันธ์กับ ชุมชน/ ผลการ ประเมิน ความพึงพอใจ/ การ วิเคราะห์	หมายถึง ความรู้สึก ภายใ จิตใจของ มนุษย์ที่ ไม่ เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละ บุคคลว่า จะมี ความ
	- ไม่มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และการวัดความพึงพอใจของประชากรเป้าหมาย ชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และไม่มีการจัดการข้อร้องเรียน	0		การ	ความ
	<p>- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร</p> <p>เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ</p>	1		ปรับปรุง วิธีการ สร้าง	คาดหมายกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<p>มีการติดตามข้อมูลมีกลไกที่ชุมชน สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนแต่ไม่มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนและนำไปพัฒนาองค์กร</p> <p>- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนมีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/</p>	2		ความสัมพันธ์ และปรับปรุงในประเด็นที่ไม่พึงพอใจ	อย่างไร ถ้า คาดหวัง หรือมีความ ตั้งใจมาก และได้รับการ
	<p>ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงที ลดความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร</p>				<p>ตอบสนอง ด้วยดีจะ มีความ พึงพอใจ มากแต่ ในทาง ตรงกันข้ามอาจ ผิดหวัง หรือไม่ พึงพอใจ เป็นอย่างยิ่ง เมื่อ ไม่ได้ รับ การ ตอบสนอง ตามที่ คาดหวัง ไว้ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับ</p>

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
					สิ่งที่ตั้งใจไว้ว่าจะมีมาก
รวมคะแนน		10			

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.1. การจัดระบบ การบริหารงาน การสรรหาและความก้าวหน้าในงาน (ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2)	(1)		สัมภาษณ์/สอบถาม /เอกสาร ในการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากร/แนวทางการสรรหาบุคลากร	<p>“ระบบงาน” หมายถึง วิธีการจัดโครงสร้างและระบบการทำงานของบุคลากรในองค์กร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุพันธกิจและเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์</p> <p><b>การจัดระบบการบริหารงาน หมายถึง</b> การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความร่วมมือ ความคิดริเริ่ม การกระจายอำนาจการตัดสินใจ นวัตกรรม ความคล่องตัว และทันต่อความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่เสมอ (การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ)</p>
	มีการจัดระบบบริหารบุคลากรรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตามภาระหน้าที่โดยกำหนดความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มีคุณสมบัติ เฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้ มีวิธีการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรในการปฏิบัติตามบทบาทภารกิจที่ต้องการ มีวิธีการสรรหาว่าจ้าง และรักษา บุคลากรได้ตรงตามความต้องการ มีวิธีการสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากรอย่างเป็นธรรม และมีแผนการพัฒนาบุคลากร				
	- ไม่มีการจัดระบบบริหารบุคลากร ไม่มีแผน การจ้างงานและความก้าวหน้า	0			
	- มีการจัดระบบบริหารบุคลากร มีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า	1			
หมวด 3 การมุ่งเน้น	3.2 การสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร (ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 3)	(1)		ผลการประเมินความพึงพอใจ/ สัมภาษณ์วิธีการสร้างความผูกพัน ความพึงพอใจ และความผาสุกของหน่วยงาน	<p>ความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งานพันธกิจ และวิสัยทัศน์ ขององค์กร บรรลุผล ความผูกพัน อาจ</p>
	มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความ ผาสุก ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการ				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
ทรัพยากรบุคคล	ปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ				หมายถึง การผูกใจบุคลากร หรือใช้คำว่า “ ร่วมด้วยช่วยกัน” การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้าง
	- ไม่มีการสร้างความผูกพันและความพึงพอใจแก่บุคลากร	0			ความพึงพอใจ การ
	- มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความสุข ความพึงพอใจ และแรงจูงใจใน การ ปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	1			เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทน การสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรมบุคลากรที่มีความพึงพอใจและความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และมีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน  ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ควรพิจารณาประเด็นเรื่อง ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสาร ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.3 ระบบการพัฒนาและ การเรียนรู้ของ บุคลากร (ใช้ประเมินใน ส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3)	(1)		พิจารณาจากผลการ ปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละ คน และผลการดำเนินงานของ องค์กร/สัมภาษณ์รูปแบบและ วิธีการสร้างการเรียนรู้ของ บุคลากร/การจัดการเรื่อง ความก้าวหน้าของบุคลากร	การพัฒนาและการเรียนรู้ หมายถึง การวิจัย และ พัฒนา การประเมินและ ปรับปรุงวิธีการทำงาน การ แลกเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking)  รูปแบบการพัฒนาบุคลากร อาจทำได้ทั้งภายในและ ภายนอกองค์กร อาจเป็น การฝึกอบรมระหว่างการ ปฏิบัติงาน การเรียนใน ห้องเรียน การเรียนจาก คอมพิวเตอร์ การเรียน ทางไกล หรือรูปแบบของ การศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจาก การได้รับมอบหมายให้ ปฏิบัติงานในหรือนอก องค์กร
	จัดให้มี ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มี การค้นหาความจำเป็น และความต้องการใน การฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับ พันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของ การดำเนินงานการพัฒนาตาม ที่กำหนด				
	- ไม่มีระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของ บุคลากร	0			
	- จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มี การค้นหา ความจำเป็น และความต้องการใน การฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับ พันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการ ดำเนินงานการพัฒนาตาม ที่กำหนด	1			
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.4 ระบบการ ประเมินผล การปฏิบัติงาน ของบุคลากร (ใช้ประเมินใน ส่วนที่ 3)	(1)		พิจารณาจาก  1. ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน  2. ทำข้อตกลงในการ ปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งถ่ายทอด ตัวชี้วัดระดับองค์กรสู่ระดับ บุคคล (Individual Scorecard) โดย ผู้บังคับบัญชาและ ผู้ใต้บังคับบัญชา 3)  คณะกรรมการพิจารณา กลั่นกรองผลการประเมิน เพื่อให้เกิดมาตรฐานและความ เป็นธรรม4) หลักเกณฑ์การ	
	มีการจัดระบบการประเมินผลการ ปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็น ธรรม มีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้ บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและ ปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่อง ชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อ สนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการ ทำงานที่มีประสิทธิผล มีจิตสำนึกในการ ทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความ ต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- ไม่มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร	0		ประเมินและผลการประเมินให้บุคลากรรับทราบ 5) ผู้บังคับบัญชานำผลการประเมินไปพิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ให้รางวัลจูงใจ และ การบริหารงานบุคคล เรื่องอื่น ๆ และการนำผลการประเมินแจ้งกลับไปยังบุคลากร รวมถึงการนำไปใช้ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำแก่บุคลากรเพื่อให้มีการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน และพัฒนาขีดสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานดียิ่งขึ้น	
	- มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรม มีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่อง ชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีจิตสำนึกในการ ทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	1			
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.5 ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ( self care) (ใช้ประเมินในส่วนที่ 4)	(2)		พิจารณาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผู้รับบริการ (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การลดอาหาร) พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน /การดำเนินการในการดูแลสุขภาพของชุมชน	การดูแลสุขภาพตนเอง ( self care) หมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคนหรือการปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบ ค้นหาโรคและการรักษาขั้นตอนด้วยตนเอง <u>เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150)</u> กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ในวิถีทางของ
	- ไม่มี การประเมิน	0			
	- มีการ ประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน	1			
	- มีการ ประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวใน การดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้อง กับปัญหาสุขภาพ การ	2			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	บริการทั้งในสถานบริการและชุมชน สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปพัฒนาระบบบริการได้				ตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีของตน
รวมคะแนน		6			

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูลผู้รับบริการตรงตามกลุ่มวัย (ประเมินจากเอกสารหรือ Electronic file)		ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ และช่องทางการสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจากเอกสาร)		Flow chart การบริการของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับแม่ข่ายและชุมชน		CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบส่งต่อ		เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก)		บุคลากรสามารถให้บริการได้สอดคล้องกับการบริการ (สัมภาษณ์)		การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบทสถานบริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP)															(1)		สัมภาษณ์/ตามรอยการให้บริการตามประเด็น ODOP	การจัดบริการตามสภาพปัญหาของชุมชน (ODOP) หมายถึง การจัดการที่สอดคล้องกับประเด็น ODOP
ODOP..... .....															1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูล ผู้รับบริการ ตรงตาม กลุ่มวัย (ประเมินจาก เอกสารหรือ Electronic file)		ช่องทางการเข้าถึง บริการเชิงรุก เชิง รับ และช่องทาง การสื่อสาร  (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)  (ประเมินจาก เอกสาร)		Flow chart การบริการ ของ FCT  ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		CPG รายการที่ สนับสนุนจาก แม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)  และระบบ ส่งต่อ		เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ  (การบำรุง รักษา หมุนเวียน)  (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้องกับ การบริการ  (สัมภาษณ์)		การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/  Family Folder  (ตามบริบท สถานบริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
.....  (ติดตามประเมินทุกข้อตาม ประเด็นปัญหาของพื้นที่)																		
4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่ )															(7)		สัมภาษณ์/ ตามรอยการ ให้บริการใน สถานบริการ	การให้บริการในสถาน บริการ หมายถึง การ จัดบริการภายในหน่วย บริการที่จัดไว้สำหรับ ให้บริการผู้ป่วย ผู้รับบริการ
4.2.1 OPD															1		ตามแผนกต่างๆ	
4.2.2 ER															1		เช่น OPD, ER	
4.2.3 ANC															1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูล ผู้รับบริการ ตรงตาม กลุ่มวัย (ประเมินจาก เอกสารหรือ Electronic file)		ช่องทางการเข้าถึง บริการเชิงรุก เชิง รับ และช่องทาง การสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจาก เอกสาร)		Flow chart การบริการ ของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		CPG รายการที่ สนับสนุนจาก แม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้องกับ การบริการ (สัมภาษณ์)		การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบท สถานบริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.2.4 WCC															1		ฯลฯ	
4.2.5 NCD															1			
4.2.6 แผนไทย															1			
4.2.7 ทันตกรรม															1			
4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)															(2)		สัมภาษณ์ / ตามรอย กระบวนการ	การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ ให้บริการกับผู้ป่วย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูล ผู้รับบริการ ตรงตาม กลุ่มวัย (ประเมินจาก เอกสารหรือ Electronic file)		ช่องทางการเข้าถึง บริการเชิงรุก เชิง รับ และช่องทาง การสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจาก เอกสาร)		Flow chart การบริการ ของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		CPG รายการที่ สนับสนุนจาก แม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้องกับ การบริการ (สัมภาษณ์)		การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบท สถานบริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care															1		ให้บริการแก่ ผู้ป่วย ผู้รับบริการใน ชุมชน	ผู้รับบริการ และชุมชน โดยออกไปให้บริการใน ชุมชน
4.3.2 SRRT : Surveillance and Rapid Response Team															1			

หมายเหตุ การให้คะแนน คือ มีครบทุกข้อได้ 1 คะแนน

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.1 OPD และ 4.2.5 NCD (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้			
(1) หูฟัง			
(2) เครื่องวัดความดันเลือด (สำหรับการประเมิน NCD ด้วย)			
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(4) ไม้กดลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข่า			
(8) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง			
(9) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก			
(10) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E - Chart)			
(11) ตู้เย็น สำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็น การบันทึกข้อมูล ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูล แนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม กรณี ไฟดับ หรือล้างทำความสะอาดตู้เย็น ถ้ามีกิจกรรมที่ให้บริการนอกสถานที่ ต้องมีแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนยา ออกนอกพื้นที่ เป็นต้น			
(12) เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับตู้เย็น ต้องมีวิธีการตรวจสอบเครื่องวัดอุณหภูมิตู้เย็น การเทียบเคียง เป็นต้น			
(13) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX (สำหรับการประเมิน NCD)			

หมายเหตุ

1. การประเมิน OPD

- OPD (มี 1 - 12) =มี

- OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่ง (1 - 12) = ไม่มี

2. การประเมิน NCD

- NCD (มี 1 - 13) =มี

- NCD ไม่มี 2 หรือ 13 หรือไม่มีทั้งคู่ = ไม่มี

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
1. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน			
1.1 เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่			
1.1.1 ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4)			
1.1.2 ชุดอุปกรณ์กู้ชีพประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask (ในกรณีที่มีขีดความสามารถเพียงพอควรมี Endotracheal Tube และ Laryngoscope ด้วย) และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษา เครื่องมือ			
1.2 กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR			
2. ชุดผ้าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear			
4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน			
5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐาน และมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้ง วิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบ ประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้			
1. เครื่องชั่งน้ำหนัก			
2. วัดส่วนสูงเครื่องวัดความดันแบบปรอท (ใช้สำหรับผู้ที่มึประวัติความดันโลหิตสูง)			
3. หูฟัง			
4. เครื่อง Droptone			
5. สายวัดระดับมดลูก			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี  
- ไม่มี Droptone = ไม่มี



## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
1. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือรูปภาพ เอกสาร แผ่นพับ			
2. เครื่องชั่งน้ำหนัก			
3. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก			
4. วัดความยาว/ส่วนสูง			
5. วัดรอบศีรษะ			

- หมายเหตุ
- ครบทุกข้อ = มี
  - ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี
  - ขาดชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก = ไม่มี

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.6 แผนไทย (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
เครื่องมือ เครื่องใช้ สะอาด จำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้งาน ดังต่อไปนี้			
1. เครื่องวัดความดันโลหิต			
2. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง			
3. เครื่องฟังตรวจ (stethoscope)			
4. เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้			
5. ไฟฉาย			
6. ไม้กดลิ้น			
7. ไม้เคาะเข่า			
8. สายวัด			
9. ชุดอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
10. ถังมือยาง			
11. ผ้าปิดจมูก			

- หมายเหตุ
- มีครบทุกข้อ (1 – 11) = มี
  - มีข้อ 1 – 7 = มี
  - ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 7 = ไม่มี

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.7 ทันตกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐาน และมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ			
(2) มียูนิตทำฟัน ทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบดังนี้ 2.1 ระบบแสงสว่าง โดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน 2.2 ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด 2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง			
(3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)			
(4) มีเครื่องปั่นอมัลกัม			
(5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสง สำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)			
(6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ			
(7) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์			
(8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ			
<b>รวม 8 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี / ไม่มี ได้เท่านั้น)</b>			

หมายเหตุ 1. \*\*\* เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้ ขาดอันใดอันหนึ่งใน 1 – 6 = ไม่มี

2. มี 1 – 8 = มี

3. มี 1 – 6 = มี

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กศค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้			
(1) หูฟัง			
(2) เครื่องวัดความดันเลือด			
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(4) ไม้กดลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข้า			
(8) เครื่องตรวจน้ำตาล			
(9) เตียง Fowler			
(10) เครื่อง suction mobile			
(11) Oxygen Home therapy			

- หมายเหตุ
- LTC มีข้อ 1 – 8 = มี
  - LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 8 = ไม่มี
  - Palliative care มีข้อ 1 – 8 และ มีข้อ 9 – 11 อย่างน้อย 1 ข้อ = มี
  - Palliative care ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9 – 11 = ไม่มี

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.2 การเฝ้าระวังโรคเชิงรุก (SRRT : Surveillance and Rapid Response Team)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไข การปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโรคที่พบบ่อย			
1. อาหารเลี้ยงเชื้อ (Carry Blair) สำหรับเก็บเพาะเชื้อจากตัวอย่างอุจจาระ (Rectal Swab Culture)			
2. กระดาษกรองซับเลือด เพื่อส่งตรวจไขเลือดออก			
3. ตลับเก็บ fresh stool เมื่อมีผู้ป่วย Acute Flaccid Paralysis : AFP			
4. ขวด Sterile เก็บสิ่งที่ผู้ป่วยอาเจียน หรือไอ			

หมายเหตุ

- ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

## 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

ผู้ที่ให้ข้อมูล  กสค./อสค.  ผู้รับบริการ

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1. ท่านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างไร			
2. ท่านดูแลและแนะนำเพื่อเสริมสร้างสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างไร			
3. ท่านได้รับความรู้เพิ่มเติมจาก อสม. ผู้รับผิดชอบละแวกบ้านเป็นประจำอย่างไร			
4. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน อย่างไร			
5. ท่านเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงพัฒนาครุเรือนและหมู่บ้านของท่านต่อ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างไร			
6. ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3 อ 2 ส อย่างไร			
7. ท่านแนะนำให้คนในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ2ส อย่างไร			
8. ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจแก่ผู้ที่กำลังลด ละ เลิกบุหรี่หรือสุรา อย่างไร			
9. ท่านคอยเตือนคนในครอบครัวให้ไปรับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร			
10. ท่านมีการให้คำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนให้ครอบครัว หรือผู้ที่ต้องดูแลเด็กพาเด็กไปตรวจพัฒนาการตามเวลาอย่างไรและมีคำแนะนำให้ครอบครัวที่มีเด็กพัฒนาการล่าช้ากระตุ้นพัฒนาการที่บ้านอย่างไร			
11. ท่านแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตรงตามเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร			
12. ท่านประเมินความสามารถและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้สุขภาพเป็นหลัก อย่างไร			
13. ท่านดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้หลักการ 3 อ เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างไร			
14. ท่านแนะนำผู้สูงอายุให้ดูแลรักษาสุขภาพฟันตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อย่างไร			
15. ท่านแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง) ความดันโลหิตสูงอย่างไร			
16. ท่านสามารถช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุได้อย่างถูกต้องอย่างไร			
17. ท่านสามารถเช็ดตัวลดไข้แก่ผู้ที่มีไข้สูงได้อย่างถูกต้องอย่างไร			
18. ท่านมีบทบาทช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่มีผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง หรือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร			
19. ท่านมีการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เช่น ไข้เลือดออก อูจาระร่วง อย่างไร			
20. ท่านมีความรู้หรือแนะนำเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือยาที่ผิดกฎหมายที่ขายในชุมชนแก่คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านอย่างไร			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
21. ท่านสามารถอธิบายบทบาทของทีมหอครอบครัวในการสนับสนุนการทำงานของ ท่านได้อย่างถูกต้องอย่างไร			
22. ท่านได้ประสานงานกับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อร่วมเป็น ทีมหอครอบครัวอย่างไร			
คะแนนรวม (ผ่าน = 1 คะแนน/ไม่ผ่าน = 0 คะแนน)			

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

ตัวชี้วัด	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
<b>1. ตัวชี้วัดกลางบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF)</b>		
1.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่		
1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่		
1.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์		
1.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก		
1.4.1 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis)		
1.4.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Ac.Diarrhea)		
1.5 ร้อยละการลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)		
1.6 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี		
<b>2. ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC)</b>		
2.1		
2.2		
2.3		



2.4		
2.5		
3. ตัวชี้วัดเขต (จาก HDC)		
3.1		
3.2		
3.3		
3.4		
3.5		

---

## (ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	(1)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	สินทรัพย์ความรู้ (Knowledge assets) หมายถึง ทรัพยากรทางปัญญาที่มี การสั่งสมในองค์กร เป็นสมบัติของ องค์กรและบุคลากร อยู่ในรูปแบบ ของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้อาจ เก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางการปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ ซอฟต์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์ ความรู้ เป็นความรู้ภาคปฏิบัติ (know how) ที่ทำให้องค์กรประสบ ความสำเร็จ
1.1 การจัดการองค์ความรู้				
- ไม่มี	0			
- มี	1			
1.2 การจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	(1)			
- ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	0			
- สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	1			
2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย และ เผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการ เรียนรู้ร่วมกัน	(1)		- เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย - รูปแบบการเผยแพร่ชัดเจน	
- มีผลลัพธ์	0			
- มีผลลัพธ์และมีการเผยแพร่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	1			
3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแล ตนเองได้	(2)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - สัมภาษณ์ประชาชนที่เป็น กลุ่มเป้าหมายในการทำ CQI R2R	
- ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	0			

- ชุมชน ผู้รับบริการ สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	1		นวัตกรรม งานวิจัย	
- ชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่าง ได้	2			
<b>คะแนนรวม</b>	<b>5</b>			

## ภาคผนวก

ก

## เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 15 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ  
 ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่เป็นคนไทยไม่ใช่ไทย และ  
 เรือนจำ 3 ปี ย้อนหลังที่ถูกรายงานการค้นพบ ปี 2558

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

หมายเหตุ : ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่เป็นคนไทยไม่ใช่ไทย และ  
 เรือนจำ 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จาก [www.tbthailand.org/data](http://www.tbthailand.org/data)

## เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

เป้าหมายอัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนปีงบประมาณ 2560

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

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

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

## เป้าหมายการทำงาน "ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน" ในปีงบประมาณ 2560 รายจังหวัด แยกรายเดือน/ไตรมาส

จังหวัด	ไตรมาสที่ 1						ไตรมาสที่ 2						ไตรมาสที่ 3						ไตรมาสที่ 4						รวม	
	ตค.		พย.		ธค.		มค.		กพ.		มีค.		เมย.		พค.		มิย.		กค.		สค.		กย.			
	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%		
กรุงเทพมหานคร	17	15	13	11	12	10	20	17	16	14	19	16	20	17	16	14	14	12	16	14	17	15	14	12	194	167
นนทบุรี	2	2	1	1	4	3	5	4	7	6	6	5	7	6	4	3	5	4	7	6	5	4	3	3	56	48
ปทุมธานี	7	6	10	9	8	7	8	7	9	8	13	11	9	8	10	9	6	5	10	9	5	4	6	5	101	87
พระนครศรีอยุธยา	11	9	20	17	12	10	21	18	19	16	21	18	19	16	17	15	18	15	21	18	17	15	16	14	212	182
นครนายก	9	8	10	9	6	5	11	9	10	9	7	6	7	6	10	9	6	5	7	6	9	8	5	4	97	83
ลพบุรี	16	14	16	14	20	17	17	15	18	15	19	16	22	19	16	14	19	16	11	9	12	10	18	15	204	175
สระบุรี	15	13	18	15	11	9	20	17	11	9	17	15	21	18	16	14	17	15	15	13	18	15	17	15	196	169
สิงห์บุรี	9	8	6	5	5	4	4	3	8	7	4	3	7	6	5	4	6	5	6	5	4	3	3	3	67	58
อ่างทอง	4	3	7	6	4	3	5	4	2	2	5	4	8	7	7	6	6	5	5	4	5	4	3	3	61	52
จันทบุรี	13	11	16	14	16	14	16	14	15	13	16	14	19	16	14	12	11	9	11	9	10	9	8	7	165	142
ฉะเชิงเทรา	21	18	26	22	21	18	26	22	23	20	23	20	19	16	23	20	22	19	22	19	17	15	17	15	260	224
ชลบุรี	41	35	37	32	55	47	42	36	54	46	49	42	48	41	43	37	49	42	50	43	36	31	39	34	543	467
ตราด	4	3	8	7	6	5	8	7	7	6	4	3	5	4	4	3	2	2	5	4	2	2	4	3	59	50
ปราจีนบุรี	13	11	15	13	11	9	13	11	18	15	16	14	20	17	16	14	14	12	14	12	14	12	14	12	178	153
ระยอง	32	28	30	26	25	22	30	26	28	24	38	33	26	22	35	30	30	26	32	28	34	29	24	21	364	313
สมุทรปราการ	11	9	10	9	12	10	12	10	14	12	13	11	11	9	9	8	11	9	11	9	10	9	11	9	135	116
สระแก้ว	11	9	13	11	7	6	14	12	10	9	11	9	6	5	10	9	14	12	10	9	9	8	9	8	124	107
เพชรบุรี	17	15	10	9	8	7	14	12	12	10	13	11	14	12	11	9	11	9	11	9	15	13	7	6	143	123
กาญจนบุรี	15	13	22	19	16	14	18	15	11	9	14	12	17	15	17	15	14	12	12	10	11	9	17	15	184	158
นครปฐม	23	20	30	26	21	18	30	26	26	22	24	21	30	26	24	21	26	22	26	22	28	24	28	24	316	272
ประจวบคีรีขันธ์	10	9	14	12	21	18	15	13	16	14	21	18	18	15	17	15	18	15	17	15	18	15	23	20	208	179
ราชบุรี	12	10	22	19	19	16	22	19	23	20	26	22	17	15	23	20	17	15	13	11	18	15	19	16	231	199
สมุทรสงคราม	3	2	3	3	1	1	2	2	1	1	4	3	3	3	5	4	1	1	4	3	3	2	2	2	31	26
สมุทรสาคร	14	12	14	12	10	9	9	8	10	9	11	9	12	10	8	7	7	6	9	8	7	6	7	6	118	101
สุพรรณบุรี	16	14	20	17	22	19	26	22	22	19	18	15	21	18	14	12	21	18	18	15	18	15	18	15	234	201
ชัยภูมิ	10	9	14	12	5	4	10	9	8	7	8	7	12	10	7	6	14	12	10	9	5	4	8	7	111	95
นครราชสีมา	66	57	76	65	56	48	80	69	62	53	79	68	74	64	54	46	55	47	70	60	57	49	45	39	774	666
บุรีรัมย์	21	18	27	23	22	19	31	27	24	21	26	22	17	15	22	19	26	22	25	22	14	12	17	15	272	234
สุรินทร์	21	18	25	22	22	19	16	14	23	20	19	16	20	17	16	14	22	19	20	17	9	8	23	20	236	203
เลย	10	9	13	11	11	9	18	15	9	8	13	11	12	10	9	8	11	9	7	6	7	6	8	7	128	110
กาฬสินธุ์	6	5	6	5	7	6	7	6	6	5	15	13	12	10	8	7	9	8	7	6	6	5	7	6	96	83
ขอนแก่น	36	31	46	40	38	33	28	24	34	29	42	36	44	38	34	29	33	28	45	39	24	21	23	20	427	367
บึงกาฬ	2	2	3	3	2	2	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	0	0	0	0	1	1	3	3	17	15
มหาสารคาม	13	11	10	9	8	7	9	8	9	8	10	9	8	7	10	9	9	8	10	9	10	9	10	9	116	100
ร้อยเอ็ด	23	20	21	18	19	16	18	15	18	15	19	16	20	17	24	21	22	19	16	14	14	12	9	8	223	192
หนองคาย	11	9	3	3	4	3	14	12	9	8	8	7	5	4	2	2	4	3	6	5	2	2	2	2	70	60
หนองบัวลำภู	3	3	4	3	3	3	7	6	4	3	7	6	2	2	5	4	2	2	3	3	3	3	3	3	46	40
อุดรธานี	21	18	11	9	18	15	15	13	16	14	18	15	26	22	12	10	19	16	11	9	12	10	9	8	188	162

จังหวัด	ไตรมาสที่ 1						ไตรมาสที่ 2						ไตรมาสที่ 3						ไตรมาสที่ 4						รวม	
	ดค.		พย.		ธค.		มค.		กพ.		มีค.		เมย.		พค.		มิย.		กค.		สค.		กย.			
	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%
นครพนม	8	7	7	6	3	3	7	6	5	4	9	8	5	4	7	6	3	3	5	4	5	4	4	3	68	58
มุกดาหาร	5	4	4	3	5	4	3	3	4	3	7	6	3	3	5	4	2	2	3	3	2	2	5	4	48	41
ยโสธร	6	5	7	6	6	5	7	6	7	6	6	5	6	5	6	5	7	6	5	4	3	3	8	7	74	64
ศรีสะเกษ	8	7	15	13	18	15	12	10	11	9	15	13	16	14	15	13	15	13	17	15	15	13	14	12	171	147
สกลนคร	19	16	20	17	20	17	21	18	14	12	12	10	29	25	11	9	11	9	16	14	19	16	13	11	205	176
อำนาจเจริญ	2	2	5	4	5	4	6	5	4	3	2	2	3	3	3	3	1	1	3	2	2	2	1	1	36	31
อุบลราชธานี	34	29	45	39	47	40	51	44	45	39	53	46	50	43	47	40	43	37	41	35	37	32	28	24	521	448
กำแพงเพชร	11	9	21	18	19	16	14	12	14	12	15	13	20	17	19	16	17	15	18	15	12	10	14	12	194	167
ชัยนาท	10	9	13	11	7	6	13	11	16	14	8	7	9	8	6	5	10	9	4	3	6	5	8	7	110	95
นครสวรรค์	21	18	21	18	29	25	29	25	28	24	28	24	25	22	33	28	19	16	26	22	18	15	21	18	298	256
พิจิตร	7	6	8	7	9	8	13	11	11	9	13	11	15	13	8	7	6	5	7	6	11	9	8	7	116	100
อุทัยธานี	6	5	7	6	3	3	9	8	7	6	3	3	7	6	5	4	3	3	2	2	2	2	1	1	55	47
เพชรบูรณ์	20	17	21	18	28	24	22	19	28	24	27	23	24	21	23	20	18	15	22	19	14	12	14	12	261	224
ตาก	10	9	7	6	5	4	5	4	8	7	10	9	5	4	10	9	3	3	4	3	6	5	7	6	80	69
พิษณุโลก	29	25	26	22	26	22	30	26	27	23	37	32	36	31	30	26	27	23	23	20	23	20	24	21	338	291
สุโขทัย	8	7	11	9	8	7	10	9	15	13	7	6	11	9	10	9	7	6	11	9	9	8	6	5	113	97
อุดรดิตต์	6	5	5	4	9	8	10	9	9	8	11	9	10	9	9	8	8	7	5	4	7	6	7	6	96	83
เชียงใหม่	29	25	34	29	37	32	34	29	32	28	32	28	34	29	29	25	27	23	27	23	34	29	35	30	384	330
เชียงราย	35	30	36	31	36	31	39	34	32	28	33	28	41	35	23	20	30	26	24	21	22	19	26	22	377	324
แพร่	6	5	13	11	7	6	6	5	5	4	5	4	12	10	5	4	8	7	3	3	7	6	5	4	82	71
แม่ฮ่องสอน	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	21
น่าน	7	6	9	8	6	5	6	5	12	10	9	8	9	8	8	7	5	4	7	6	6	5	5	4	89	77
พะเยา	8	7	8	7	9	8	10	9	10	9	14	12	12	10	9	8	9	8	9	8	4	3	6	5	108	93
ลำปาง	17	15	19	16	17	15	22	19	15	13	20	17	11	9	16	14	17	15	12	10	12	10	16	14	194	167
ลำพูน	8	7	8	7	9	8	8	7	9	8	12	10	11	9	9	8	11	9	7	6	8	7	4	3	104	89
กระบี่	14	12	12	10	11	9	11	9	12	10	13	11	11	9	16	14	15	13	15	13	11	9	9	8	150	129
ชุมพร	20	17	16	14	15	13	18	15	15	13	20	17	18	15	17	15	13	11	19	16	16	14	16	14	203	175
นครศรีธรรมราช	38	33	34	29	26	22	33	28	37	32	32	28	40	34	29	25	39	34	35	30	41	35	26	22	410	353
พังงา	5	4	7	6	2	3	3	9	8	4	3	3	3	4	3	6	5	3	3	3	3	5	4	54	46	
ภูเก็ต	16	14	16	14	9	8	20	17	15	13	16	14	7	6	14	12	13	11	13	11	14	12	10	9	163	140
ระนอง	2	2	3	3	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	1	1	28	24
สุราษฎร์ธานี	28	24	26	22	28	24	26	22	30	26	34	29	31	27	24	21	23	20	39	34	32	28	35	30	356	306
ตรัง	21	18	15	13	16	14	21	18	26	22	20	17	15	13	14	12	17	15	18	15	19	16	20	17	222	191
นราธิวาส	12	10	12	10	5	4	10	9	9	8	12	10	13	11	14	12	8	7	7	6	10	9	10	9	122	105
ปัตตานี	6	5	4	3	4	3	6	5	6	5	6	5	3	3	6	5	5	4	9	8	6	5	6	5	67	58
พัทลุง	9	8	19	16	11	9	12	10	12	10	15	13	12	10	12	10	11	9	14	12	15	13	10	9	152	131
ยะลา	11	9	3	3	6	5	9	8	9	8	6	5	5	4	10	9	11	9	14	12	7	6	11	9	102	88
สงขลา	34	29	35	30	23	20	26	22	40	34	35	30	33	28	33	28	37	32	39	34	34	29	36	31	405	348
สตูล	5	4	7	6	4	3	7	6	4	3	5	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	6	5	56	48
รวม	1,132	973	1,231	1,058	1,100	946	1,256	1,080	1,206	1,037	1,287	1,107	1,265	1,088	1,128	970	1,105	950	1,125	967	1,005	864	982	844	13,819	11,884



## เอกสารประกอบ

## ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

## ประเด็นที่ 1: ผักและผลไม้สด

ประเภท ตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายกา ดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลต่อตัว ชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภท สาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
คำนิยาม	<b>ผักและผลไม้สด</b> หมายถึง ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านมาตรฐานจากการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต <b>สารเคมีกำจัดศัตรูพืช</b> หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และกลุ่มคาร์บาเมต
เกณฑ์ เป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1. เพื่อสำรวจและประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตาม ข้อข่า (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการ เก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก 2. เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด
ประชากรกลุ่ม เป้าหมาย	ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย ได้แก่ ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เกต ที่ไม่ผ่านมาตรฐานจากการตรวจ วิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. <u>กิจกรรมสำรวจข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นมาตรการดำเนินการไม่นำมาคำนวณตัวชี้วัด</u> 1.1 สำรวจข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่มีอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตามข้อข่า (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บ รักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก ตามรายการเอกสารแนบตัวชี้วัด 1-1 1.2 ประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งใน จังหวัด โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผัก

หรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และบันทึกการตรวจวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก

1.3 จัดทำข้อมูลสถานที่ผลิตและผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งในจังหวัด ตามแบบฟอร์มกิจกรรมการสำรวจและประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามขอข่าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก

1.4 รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานในแบบฟอร์มกิจกรรมฯและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้

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

หมายเหตุ : 1. \* เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน

และ 10 เดือน

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

วิธีการจัดเก็บ  
ข้อมูล(ต่อ)

2. กิจกรรมเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด ดำเนินการโดย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ร่วมกับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit)

2.1 สสจ. และหน่วยเคลื่อนที่ฯ ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาเก็ต) ตรวจวิเคราะห์เบื้องต้น (Screen Test) ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit ทดสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต ตามรายการในเอกสารแนบตัวชี้วัด 1-2

2.2 หน่วยเคลื่อนที่ฯ รายงานผลการสำรวจสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit โดย

1) บันทึกข้อมูลการตรวจวิเคราะห์เข้าระบบฐานข้อมูล Mobile Unit ผ่านเว็บไซต์ : [www.foodsafetymobile.org](http://www.foodsafetymobile.org) ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2560

2) รายงานผลงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเขตพื้นที่เพื่อทราบสถานการณ์

2.3 กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit พบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ.

	<p>ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา</p> <p>2.4 สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างชนิดของผักและผลไม้สดดังกล่าวตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <b><u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”</li> <li>• <b>ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</b></li> </ul> <p>2.5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลรายงานผลการสำรวจสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="334 806 1349 1089"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง *ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง *ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง *ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง *ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง *ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มิ.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง *ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<p><u>ส่วนกลาง</u> : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p><u>ส่วนภูมิภาค</u> : 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. เขตบริการสุขภาพโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ และได้รับผลการตรวจวิเคราะห์										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช=(A/B)×100										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส										

เกณฑ์การประเมิน :	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อย.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ป.สธ เรื่อง กำหนดเครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก</li> <li>•จัดทำแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมาย สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ</li> <li>•จัดอบรมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมาย ให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ</li> <li>•ลงพื้นที่แหล่งจำหน่ายเพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>•ข้อมูลสถานการณ์ฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ</li> <li>•รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ข้อมูลสถานการณ์ฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ</li> <li>•ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>•ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา สถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>•รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ข้อมูลสถานการณ์ฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ</li> <li>•สื่อประชาสัมพันธ์ ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ตลอดห่วงโซ่</li> <li>•ลงพื้นที่แหล่งจำหน่ายเพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>•ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา สถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>•รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ข้อมูลสถานการณ์การฝ้าระวังผักและผลไม้ในประเทศ</li> <li>• จัดกิจกรรมเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์</li> <li>• ส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>

เกณฑ์การประเมิน (ต่อ) :	เกณฑ์การประเมิน				
	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เขตบริการสุขภาพ (หน่วยเคลื่อนที่ ๗)	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำแผนเก็บตัวอย่าง</li> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่ายเพื่อ</li> <li>1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ ผักและผลไม้สดปลอดภัย</li> <li>2) ตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อ</li> <li>1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ ผักและผลไม้สดปลอดภัย</li> <li>2) ตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อ</li> <li>1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ ผักและผลไม้สดปลอดภัย</li> <li>2) ตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รวบรวมผลการดำเนินงาน และ รายงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>	
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา สถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา สถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ส่งต่อข้อมูลให้สำนักงานเกษตรจังหวัดเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	

วิธีการ ประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
เอกสาร สนับสนุน :	-				
รายละเอียด ข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	-	96.91	97.82	97.52
	หมายเหตุ : ผลวิเคราะห์โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น				
ผู้ให้ข้อมูล ทางวิชาการ/ ผู้ ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>1. ประเด็นการดำเนินงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค</p> <p>1.1 ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ 081-857-9535</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางนิริวัติ บัตรพรธนะ โทรศัพท์ 093-329-6998</p> <p>1.2 ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวจิราภรณ์ ยอดเถื่อน โทร 02-590-7252</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร นางสาววรวิญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p> <p>2. ประเด็นการดำเนินงานโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ โทรศัพท์ 02-590-7406</p> <p>ผู้ประสานงาน : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร นางสาววรวิญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำ ข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	<p>1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>				
ผู้รับผิดชอบ การ รายงานผล การ	<p>● ส่วนกลาง</p> <p>น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786</p>				

ดำเนินงาน	<p>โทรสาร : 02-591-8457                      E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข<ol style="list-style-type: none"><li>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li><li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li></ol></li></ul>
-----------	--

## รายชื่อผักหรือผลไม้สด

ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

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

<sup>1</sup> ส้มเปลือกอ่อน ได้แก่ ส้มเขียวหวาน ส้มปรุเมืองต์และส้มสายน้ำผึ้ง หรือส้มโชกุน

<sup>2</sup> ส้มตรา ได้แก่ ส้มเซ็งและส้มจุก



- (18) องุ่น (grapes) *Vitis vinifera* L. หลายพันธุ์ (*several cultivars*)  
 (19) แอปเปิ้ล (apple) *Malus domestica* Borkhausen

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

- (43) มะเขือเปราะ (thai eggplant) *Solanum xanthocarpum* Schrad. & Wendl.  
 (44) มันฝรั่ง (potato) *Solanum tuberosum* L.

## ผลไม้

## ชื่อวิทยาศาสตร์

- (45) หอมแดง (shallot) *Allium cepa* L. var. *aggregatum* Don.  
 (46) เห็ดเพาะเลี้ยง (mushrooms)  
 (47) โหระพา (sweet basil) *Ocimum basilicum* L.

## ประเด็นที่ 2: เนื้อสัตว์สด

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง
คำนิยาม	<b>เนื้อสัตว์ หมายถึง</b> ชิ้นส่วนจากร่างกายสัตว์ที่มนุษย์นำมาบริโภค โดยในที่นี้ หมายถึง วัว และหมู
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การปลอมปนสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เนื้อสัตว์สด ณ สถานที่จำหน่ายทั่วประเทศ ได้แก่ ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เก็ต จำนวน 200 ตัวอย่าง/เขตบริการสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ร่วมกับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) และรายงานผลการดำเนินงานในระบบ Dashboard โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สสจ.และหน่วยเคลื่อนที่ฯ ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างเนื้อสัตว์สด ณ สถานที่จำหน่าย ตรวจสอบวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น 200 ตัวอย่าง/เขตบริการสุขภาพ</li> <li>2. หน่วยเคลื่อนที่ฯ รายงานผลการสำรวจสถานการณ์การปลอมปนสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดย <ol style="list-style-type: none"> <li>1) บันทึกข้อมูลการตรวจวิเคราะห์เข้าระบบฐานข้อมูล Mobile Unit ผ่านเว็บไซต์ : <a href="http://www.foodsafetymobile.org">www.foodsafetymobile.org</a> ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2560</li> <li>2) รายงานผลงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเขตพื้นที่เพื่อทราบสถานการณ์</li> </ol> </li> <li>3. กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นพบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> <li>4. สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างเนื้อสัตว์สดดังกล่าวตรวจวิเคราะห์สารเร่งเนื้อแดง ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <p style="text-align: center;">ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในชื่อหมายเหตุว่า</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”</li> <li>• ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</li> </ul> </li> <li>5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>

	<p>รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="605 197 1395 590"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มิ.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. เขตบริการสุขภาพโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเนื้อสัตว์สดที่ผ่านมาตรฐานด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวอย่างเนื้อสัตว์สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ และได้รับผลการตรวจวิเคราะห์										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง = $(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1" data-bbox="467 1241 1500 1957"> <thead> <tr> <th>หน่วยงาน</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อย.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลใน</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>รวบรวมผลการดำเนินงานและราย</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อย.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลใน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>รวบรวมผลการดำเนินงานและราย</li> </ul>
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
อย.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลใน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>รวบรวมผลการดำเนินงานและราย</li> </ul>							

		ระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข	สถานที่จำหน่าย และสุ่มเก็บ ตัวอย่างตรวจ •ข้อมูล สถานการณ์การ เฝ้าระวังเนื้อสัตว์ สดในประเทศ •รายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข	สถานที่จำหน่าย และสุ่มเก็บ ตัวอย่างตรวจ •ข้อมูล สถานการณ์การ เฝ้าระวังเนื้อสัตว์ สดในประเทศ •รายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข	งานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เขต บริการ สุขภาพ (หน่วย เคลื่อนที่ ๓)	•จัดทำแผนเก็บ ตัวอย่าง •ลงพื้นที่สถานที่ จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ เนื้อสัตว์ปลอดภัย 2) ตรวจสอบการปลอมปนของสาร เรังเนื้อแดงใน เนื้อสัตว์สด •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	•ลงพื้นที่สถานที่ จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ เนื้อสัตว์ปลอดภัย 2) ตรวจสอบ การปลอมปนของ สารเรงเนื้อแดงใน เนื้อสัตว์สด •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	•ลงพื้นที่สถานที่ จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ เนื้อสัตว์ปลอดภัย 2) ตรวจสอบ การปลอมปนของ สารเรงเนื้อแดงใน เนื้อสัตว์สด •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	•ลงพื้นที่สถานที่ จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ เนื้อสัตว์ปลอดภัย 2) ตรวจสอบ การปลอมปนของ สารเรงเนื้อแดงใน เนื้อสัตว์สด •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	•รวบรวมผลการ ดำเนินงานและรายงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
สสจ.	•ลงพื้นที่แหล่ง จำหน่าย เพื่อ ตรวจสอบการ ปลอมปนของสาร เรังเนื้อแดงใน เนื้อสัตว์สด •รายงานผลใน	•ลงพื้นที่แหล่ง จำหน่าย เพื่อ ตรวจสอบการ ปลอมปนของสาร เรังเนื้อแดงใน เนื้อสัตว์สด •ติดตาม	•ลงพื้นที่แหล่ง จำหน่าย เพื่อ ตรวจสอบการ ปลอมปนของสาร เรังเนื้อแดงใน เนื้อสัตว์สด •ติดตาม	•ลงพื้นที่แหล่ง จำหน่าย เพื่อ ตรวจสอบการ ปลอมปนของสาร เรังเนื้อแดงใน เนื้อสัตว์สด •ติดตาม	•รายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข

	ระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	ตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน •รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	ตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน •รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข		
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง	ร้อยละ	98.47	95.51	95.64 (30 มิ.ย. 59)
	หมายเหตุ : ผลวิเคราะห์โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ 081-857-9535</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางนิริวดี บัตรพรธนะ โทรศัพท์ 093-329-6998</p> <p>2. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ :นางสาวจิราภรณ์ ยอดเถื่อน โทร 02-590-7252</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพรเพชร /นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>				

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

**ประเด็นที่ 3: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท**

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1. <b>น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท</b> คือ ผลิตภัณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 พ.ศ.2524 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ฉบับที่ 135 พ.ศ.2534 ฉบับที่ 256 พ.ศ.2545 ฉบับที่ 284 พ.ศ.2547 และ ฉบับที่ 316 พ.ศ.2553 โดยในตัวชี้วัดนี้พิจารณาเฉพาะ<u>มาตรฐานด้านจุลินทรีย์เท่านั้น</u></p> <p>2. <b>น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมาย</b> หมายถึง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีการเก็บตัวอย่างเพื่อเฝ้าระวังในปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2559 <u>ซึ่งมีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย</u></p> <p>3. <b>มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด</b> หมายถึง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามนิยามในข้อ 2 ที่มีคุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ของผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีการเก็บตัวอย่างเพื่อเฝ้าระวังในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2559 ซึ่งมีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย แห่งละ 1 ตัวอย่าง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสถานที่ผลิตที่มีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2559 ตามข้อมูลเบื้องต้นในรูปแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัด 3) ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาส่งให้ ภายในวันที่ 3 ตุลาคม 2559 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยืนยันข้อมูลกลับมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้าร่วมการอบรมเรื่องการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและการควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ภายในเดือนธันวาคม 2559)</p>



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

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

หมายเหตุ : 1. \* เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน

	และ 10 เดือน 2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป				
แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด $= (A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อย.	<ul style="list-style-type: none"> <li>แผนการปรับปรุงสถานที่ผลิตบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท</li> <li>จัดอบรมการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและการควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตในเขตกรุงเทพฯ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ของผลิตภัณฑ์ในเขตกรุงเทพฯ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สรุปผลการปรับปรุงสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
	สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ยืนยันข้อมูล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ปรับปรุงสถานที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจประเมิน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงาน</li> </ul>

	<p>สถานที่ผลิตที่มีผล การตรวจประเมิน สถานที่ไม่เป็นไปตาม เกณฑ์ GMP หรือผล ตรวจวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์ด้าน จุลินทรีย์ไม่เป็นไป ตามกฎหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข</li> </ul>	<p>และการควบคุม กระบวนการผลิตน้ำ บริโภคในภาชนะ บรรจุที่ปิดสนิทร้อย ละ 100 ของสถานที่ ผลิตในเขตพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข</li> </ul>	<p>สถานที่ผลิตตาม เกณฑ์ GMP และ เก็บตัวอย่างเพื่อส่ง ตรวจวิเคราะห์ คุณภาพมาตรฐาน ด้านจุลินทรีย์ของ ผลิตภัณฑ์ในเขต พื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข</li> </ul>	<p>ผลการ ปรับปรุง สถานที่ผลิต น้ำบริโภคใน ภาชนะ บรรจุที่ปิด สนิทให้กับ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>รายงาน ผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข</li> </ul>	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		-	-	-	-
	หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทร 02-590-7214 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ / นางสาวชนานันท์ ประไพพรเพชร / นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7214				

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

### ประเด็นที่ 4: ผลผลิตจากเนื้อสัตว์

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี						
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี						
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)						
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย						
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย						
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลผลิตจากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุดิบอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด						
คำนิยาม	<p><b>1.ผลผลิตจากเนื้อสัตว์ หมายถึง</b> ผลผลิตจากเนื้อสัตว์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 243) พ.ศ.2544 เรื่อง ผลผลิตจากเนื้อสัตว์ ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก แหนม หมูยอกุนเชียง และผลผลิตที่มีกระบวนการผลิตทำนองเดียวกันนี้ที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย</p> <p><b>2.เกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง</b> ชนิดและปริมาณของวัตถุดิบอาหารที่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องวัตถุดิบอาหาร และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70						
วัตถุประสงค์	เพื่อสำรวจสถานการณ์การใช้วัตถุดิบอาหารในผลผลิตจากเนื้อสัตว์						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวอย่างผลผลิตจากเนื้อสัตว์ที่เก็บ ณ สถานที่ผลิตที่มีอยู่ในจังหวัด						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งจำนวนสถานที่ผลิตผลผลิตจากเนื้อสัตว์ กลับมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลผลิตจากเนื้อสัตว์ทุกแห่งในจังหวัด ตามเกณฑ์ GMP</p> <p>3. เก็บตัวอย่างผลผลิต ณ สถานที่ผลิต <b>ทุกผลผลิต</b> ผลผลิตละ 1 ตัวอย่าง ในกรณีที่ผลผลิตมีมากกว่า 1 สูตร ให้พิจารณาสูตรที่มีการใช้วัตถุดิบอาหารมากที่สุดและส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณของวัตถุดิบอาหาร ดังต่อไปนี้</p> <table border="1" data-bbox="516 1486 1442 1822"> <thead> <tr> <th>ผลผลิต</th> <th>รายการตรวจวิเคราะห์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไส้กรอก/ กุนเชียง/ แหนม</td> <td>1. ไนเตรต ไนไตรท์ 2. กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก 3. ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์</td> </tr> <tr> <td>หมูยอ/ ลูกชิ้น</td> <td>กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก (กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย)</td> </tr> </tbody> </table> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลผลิตในช่องหมายเหตุว่า</u></p>	ผลผลิต	รายการตรวจวิเคราะห์	ไส้กรอก/ กุนเชียง/ แหนม	1. ไนเตรต ไนไตรท์ 2. กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก 3. ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์	หมูยอ/ ลูกชิ้น	กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก (กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย)
ผลผลิต	รายการตรวจวิเคราะห์						
ไส้กรอก/ กุนเชียง/ แหนม	1. ไนเตรต ไนไตรท์ 2. กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก 3. ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์						
หมูยอ/ ลูกชิ้น	กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก (กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย)						

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”</li> <li>• <b>ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</b></li> </ul> <p>ทั้งนี้การพิจารณาชนิดและปริมาณของการใช้วัตถุเจือปนอาหาร รวมถึงมาตรการดำเนินงานกรณีผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบตัวชี้วัด 4</p> <p>4. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="605 583 1395 978"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มิ.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ผลการตรวจวิเคราะห์มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์การใช้วัตถุเจือปนอาหารทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส										

เกณฑ์การประเมิน :	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	อย./ สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม)</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม)</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ ณ สถานที่ผลิต</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
เอกสารสนับสนุน :	-					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด		ร้อยละ	2557	2558	2559	
			59.46	67.08	68.36	
หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง						

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



### แนวทางการใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์

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

#### วัตถุเจือปนอาหาร :

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

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)					มาตรการทางกฎหมาย
	วัตถุกันเสีย <sup>2,3</sup>				สีสังเคราะห์	
	กลุ่มไนไตรต์ (INS 249, 250)	กลุ่มไนเตรต (INS 251, 252)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210- 213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200- 203)		
<b>1. ไส้กรอก</b> - ไส้กรอกหมู - ไส้กรอกไก่	125 จำนวนเป็น โซเดียมไน ไตรต์ (ป.281)	500 จำนวนเป็น ไนเตรต ทั้งหมด (ป.281)	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	1,500 จำนวนเป็น กรดซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	<b>กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบสีไม่อนุญาต (สีย้อมผ้า)</b> ถือเป็นการผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่ายอาหารที่ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตาม มาตรา 6 (4) (5) โทษตามมาตรา 47 (ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท) และผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่ายอาหารไม่บริสุทธิ์ ตามมาตรา 26 (1) ฝ่าฝืน มาตรา 25 (1) โทษตามมาตรา 58 (ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่ เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ)

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)					มาตรการทางกฎหมาย
	วัตถุกันเสีย <sup>2,3</sup>				สีสังเคราะห์	
	กลุ่มไนไตรต์ (INS 249, 250)	กลุ่มไนเตรต (INS 251, 252)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210- 213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200- 203)		
- ใส้กรอกปลา	125 จำนวนเป็น โซเดียมไน ไตรต์ (ป.281)	500 จำนวนเป็น ไนเตรต ทั้งหมด (ป.281)	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	2,000 จำนวนเป็น กรดซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบวัตถุเจือปนอาหารไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ข้อ 6) (เช่น การไม่ใช้ตามชนิดหรือชื่อวัตถุเจือปนอาหาร ชนิดอาหาร และปริมาณสูงสุดที่ให้ใช้ได้หรือมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปมีปริมาณรวมกันเกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่กำหนดให้ใช้ได้น้อยที่สุด) ถือเป็นการผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่ายอาหารที่ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามมาตรา 6 (4) (5) โทษตามมาตรา 47 (ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท)
2. กุนเชียง - กุนเชียงหมู - กุนเชียงไก่	125 จำนวนเป็น โซเดียมไน ไตรต์ (ป.281)	500 จำนวนเป็น ไนเตรต ทั้งหมด (ป.281)	1,000 จำนวน เป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	1,500 จำนวนเป็น กรดซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
- กุนเชียงปลา	125 จำนวนเป็น โซเดียมไน ไตรต์	500 จำนวนเป็น ไนเตรต ทั้งหมด	200 จำนวน เป็นกรด เบนโซอิก	1,000 จำนวนเป็น กรดซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)					มาตรการทางกฎหมาย
	วัตถุกันเสีย <sup>2,3</sup>				สีสังเคราะห์	
	กลุ่มไนไตรต์ (INS 249, 250)	กลุ่มไนเตรต (INS 251, 252)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210- 213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200- 203)		
	(ป.281)	(ป.281)	(GSFA 2016)			
<b>3. แหนม</b>						
- แหนมหมู - แหนมเนื้อ	125 จำนวนเป็น โซเดียมไน ไตรต์ (ป.281)	500 จำนวนเป็น ไนเตรต ทั้งหมด (ป.281)	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ห้ามใช้ทุกชนิด	
- แหนมปลา	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	200 จำนวน เป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	1,000 จำนวนเป็น กรดซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
<b>4. หมูยอ<sup>1</sup></b>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่ อนุญาต*	ไม่อนุญาต*	ห้ามใช้ทุกชนิด	

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)					มาตรการทางกฎหมาย
	วัตถุกันเสีย <sup>2,3</sup>				สีสังเคราะห์	
	กลุ่มไนไตรต์ (INS 249, 250)	กลุ่มไนเตรต (INS 251, 252)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210- 213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200- 203)		
5. ลูกชิ้น <sup>1</sup> - ลูกชิ้นหมู - ลูกชิ้นไก่ - ลูกชิ้นวัว	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	1,500 คำนวณเป็น กรดซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
- ลูกชิ้นปลา	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	2,000 คำนวณเป็น กรดซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
- ลูกชิ้นกุ้ง	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	2,000 คำนวณ เป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	2,000 คำนวณเป็น กรดซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	

**หมายเหตุ** 1. กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย

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

- กลุ่มไนเตรต ได้แก่ INS 251 (โซเดียมไนเตรต) และ INS 252 (โพแทสเซียมไนเตรต)
- กลุ่มเบนโซเอต ได้แก่ INS 210 (กรดเบนโซอิก), INS 211 (โซเดียมเบนโซเอต), INS 212 (โพแทสเซียมเบนโซเอต) และ INS 213 (แคลเซียมเบนโซเอต)
- กลุ่มซอร์เบต ได้แก่ INS 200 (กรดซอร์บิก), INS 201 (โซเดียมซอร์เบต), INS 202 (โพแทสเซียมซอร์เบต) และ INS 203 (แคลเซียมซอร์เบต)

3. การใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป ต้องมีปริมาณรวมกันแล้วไม่เกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่กำหนดให้ใช้น้อยที่สุด (อ้างอิงประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง ข้อกำหนดการใช้วัตถุเจือปนอาหาร)

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

**ประเด็นที่ 5: ผลลัพธ์เสริมอาหาร**

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

	<p>2. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="560 349 1358 745"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>					ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน														
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59														
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60														
3	ภายใน 20 มิ.ย.60														
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60														
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ปริมาณสารที่มีฤทธิ์ทางยาทั้งหมด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา = (A/B) x 100														
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส														
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
	อย./ สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด</li> <li>• รายงานผลใน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (สะสม)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ข้อมูลสถานการณ์</li> <li>• เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ข้อมูลสถานการณ์</li> <li>• เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวง</li> </ul>										

	ระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	สาธารณสุข	สาธารณสุข	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ.2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปน สารที่มีฤทธิ์ทางยา	ร้อยละ	67.31	84.21	66.70 (25 พ.ค.59)
	หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7216 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาววรวัลย์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ส่วนกลาง น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</li> <li>• ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li> </ol> </li> </ul>				



**มาตรการการดำเนินงานกรณีสถานที่ผลิตหรือผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย**

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

**ประเด็นที่ 6: ผลผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน**

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<b>นมโรงเรียน</b> คือ ผลิตภัณฑ์นมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) <b>ตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียนทุกแห่งในจังหวัด</b> ตามเกณฑ์ GMP ปีละ 2 ครั้ง (1 ครั้ง/ภาคการศึกษา)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559</u> ช่วงเดือน พ.ย. 59</li> <li>• <u>ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560</u> ช่วงเดือน มิ.ย. 60</li> </ul> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง (1 ครั้ง/ภาคการศึกษา) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) <u>ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559</u> ช่วงเดือน พ.ย. 59</li> <li>(2) <u>ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560</u> ช่วงเดือน มิ.ย. 60</li> </ul> <p>โดยมีรายการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) <b>นมโคชนิดพาสเจอร์ไรส์</b> ตรวจวิเคราะห์จำนวน 10 รายการ ได้แก่ เนื่อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด แบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i></li> <li>(2) <b>นมโคชนิดยูเอชที</b> ตรวจวิเคราะห์จำนวน 9 รายการ ได้แก่ เนื่อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i></li> </ul> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้</u></p>

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

- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560
- **ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”**

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

3. รายงานข้อมูล ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงาน ดังนี้

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

หมายเหตุ : 1. \* เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ ในการจัดสรรสิทธิ์

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

3.2 ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

หมายเหตุ :

1. การตรวจสอบสถานที่ผลิตต้องปฏิบัติตาม เงื่อนไขดังนี้

- 1.1 ชนิดพาสเจอร์ไรส์ ต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 298) พ.ศ. 2549 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์นมพร้อมบริโภคชนิดเหลวที่ผ่านกรรมวิธีฆ่าเชื้อด้วยความร้อนโดยวิธีพาสเจอร์ไรส์ (แบบ ตส.5 (50))
- 1.2 ชนิดยูเอชที ต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 349) พ.ศ.2556 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดที่มีความเป็นกรดต่ำและชนิดปรับกรด (แบบ ตส.11 (56))

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

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

**ประเด็นที่ 7: ผลลัพธ์จากแปง**

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี								
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี								
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)								
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย								
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย								
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแปงมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด								
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผลิตภัณฑ์จากแปง หมายถึง ผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด) และผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย และขนมจีน</li> <li>2. วัตถุเจือปนอาหารสำหรับผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ขนมจีน ได้แก่ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO<sub>2</sub>) วัตถุกันเสีย (กรดเบนโซอิก, กรดซอร์บิก)</li> <li>3. วัตถุเจือปนอาหารสำหรับผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย ได้แก่ ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์</li> <li>4. การใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด หมายถึง มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารทั้งชนิดและปริมาณตามที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>								
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70								
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากแปง								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแปงที่เก็บ ณ สถานที่ผลิต ที่มีอยู่ในจังหวัด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งจำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแปง กลับมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแปงทุกแห่งในจังหวัด โดยผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยวตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์ GMP ทั่วไป และผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย และขนมจีน ตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์ Primary GMP</li> <li>3. เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิต <b>ทุกผลิตภัณฑ์</b> ผลิตภัณฑ์ละ 1 ตัวอย่าง และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณวัตถุเจือปนอาหาร โดยมีรายละเอียดดังนี้ <table border="1" data-bbox="571 1697 1348 1921"> <thead> <tr> <th>ผลิตภัณฑ์</th> <th>รายการตรวจวิเคราะห์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)</td> <td>- ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO<sub>2</sub>)</td> </tr> <tr> <td>ขนมจีน</td> <td>- กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก</td> </tr> <tr> <td>เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย</td> <td>- ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์</td> </tr> </tbody> </table> </li> </ol> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <b>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการ</li> </ul>	ผลิตภัณฑ์	รายการตรวจวิเคราะห์	เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)	- ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO <sub>2</sub> )	ขนมจีน	- กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก	เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย	- ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์
ผลิตภัณฑ์	รายการตรวจวิเคราะห์								
เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)	- ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO <sub>2</sub> )								
ขนมจีน	- กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก								
เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย	- ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์								

	<p>อาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”</p> <p>• ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</p> <p>ทั้งนี้การพิจารณาชนิดและปริมาณของการใช้วัตถุเจือปนอาหาร รวมถึงมาตรการการดำเนินงานกรณีผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบตัวชี้วัด 7</p> <p>4. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="582 571 1380 974"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มี.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มี.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มี.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์จากแบ่งที่ได้รับการตรวจสอบการใช้วัตถุเจือปนอาหารเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์จากแบ่งที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์การใช้วัตถุเจือปนอาหารทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแบ่งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1" data-bbox="438 1590 1484 2094"> <thead> <tr> <th>หน่วยงาน</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อย./สสจ.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจ</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจ</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจ</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์</li> <li>เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต</li> <li>รายงานผลใน</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อย./สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์</li> <li>เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต</li> <li>รายงานผลใน</li> </ul>
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
อย./สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์</li> <li>เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต</li> <li>รายงานผลใน</li> </ul>							

	<p>วิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<p>วิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<p>วิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<p>ระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>							
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด										
เอกสารสนับสนุน :	-										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>Baseline data</p> <p>ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแป้งมีความปลอดภัยการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>หน่วยนับ</p> <p>ร้อยละ</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1"> <tr> <td>2557</td> <td>2558</td> <td>2559</td> </tr> <tr> <td>43.55</td> <td>31.15</td> <td>59.18</td> </tr> </table>			2557	2558	2559	43.55	31.15	59.18
2557	2558	2559									
43.55	31.15	59.18									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7216</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพพรเพชร /นางสาววรวิญญ์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>										
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>โทรศัพท์ 02-590-7214</p>										





### แนวทางการใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากแป้ง

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

#### วัตถุเจือปนอาหาร :

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

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

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

**หมายเหตุ** 1. - กลุ่มซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO<sub>2</sub>)

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

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

2. การใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป ต้องมีปริมาณรวมกันแล้วไม่เกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่กำหนดให้ใช้น้อยที่สุด (อ้างอิงประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง ข้อกำหนดการใช้วัตถุเจือปนอาหาร)

3. หากผู้ประกอบการมีความประสงค์จะใช้วัตถุเจือปนอาหารดังกล่าว ให้ยื่นแบบคำขอประเมินความปลอดภัยของวัตถุเจือปนอาหารที่ยังมิได้กำหนดเงื่อนไขการใช้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร โดยสามารถศึกษารายละเอียดและวิธีการยื่นคำขอได้จากคู่มือสำหรับประชาชน ซึ่งเผยแพร่ในเวปไซต์

<http://food.fda.moph.go.th/manual.php>

### ประเด็นที่ 8: น้ำมันทอดอาหาร

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

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

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

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

2. การติดตามเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่าย  
ดำเนินการโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และ  
รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Dashboard โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนี้

2.1 หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตรวจสอบเฝ้าระวัง น้ำมันทอดอาหาร ได้แก่ วัตถุดิบน้ำมัน และ น้ำมันขณะทอด ณ แหล่งจำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น

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

2.3 หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รายงานผลการเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดย

1) บันทึกข้อมูลการตรวจวิเคราะห์เข้าสู่ระบบฐานข้อมูล Mobile Unit ผ่านเว็บไซต์ : [www.foodsafetymobile.org](http://www.foodsafetymobile.org) ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2560

2) รายงานผลงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเขตพื้นที่เพื่อทราบสถานการณ์

2.4 กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นพบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา

2.5 สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารดังกล่าวตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์

ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุ

	<p>เหตุว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>“ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”</li> <li>ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</li> </ul> <p>2.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="580 573 1378 969"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มิ.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตบริการสุขภาพ โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตัวอย่างน้ำมันขณะทอดที่เก็บจากสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย และได้รับการตรวจวิเคราะห์ค่าโพลาไรซ์ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวอย่างน้ำมันขณะทอดที่เก็บจากสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย ที่ที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ค่าโพลาไรซ์ทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาไรซ์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1" data-bbox="435 1697 1482 2087"> <thead> <tr> <th>หน่วยงาน</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อย./ สสจ.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่มีการใช้น้ำมันในกระบวนการทอดกลุ่มเป้าหมาย</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลการเฝ้าระวังน้ำมัน ณ สถานที่ผลิตและสถานที่จำหน่าย</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อย./ สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่มีการใช้น้ำมันในกระบวนการทอดกลุ่มเป้าหมาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลการเฝ้าระวังน้ำมัน ณ สถานที่ผลิตและสถานที่จำหน่าย</li> </ul>
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
อย./ สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่มีการใช้น้ำมันในกระบวนการทอดกลุ่มเป้าหมาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลการเฝ้าระวังน้ำมัน ณ สถานที่ผลิตและสถานที่จำหน่าย</li> </ul>							

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่ผลิต เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานที่กลุ่มเป้าหมาย (สะสม)</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	ผลิต เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของสถานที่กลุ่มเป้าหมาย (สะสม) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ กรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	ผลิต เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของสถานที่กลุ่มเป้าหมาย (สะสม) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ กรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	กลุ่มเป้าหมาย <ul style="list-style-type: none"> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
เขตบริการสุขภาพ (หน่วยเคลื่อนที่ ๓)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดทำแผนเก็บตัวอย่าง</li> <li>• ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ</li> <li>1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร</li> <li>2) ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ</li> <li>1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร</li> <li>2) ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ</li> <li>1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร</li> <li>2) ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รวบรวมผลการดำเนินงานและรายงานหน่วยที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>	



	อาหาร ณ สถานที่ จำหน่ายและบันทึก ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	จำหน่ายและ บันทึกข้อมูลที่ เกี่ยวข้อง •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	จำหน่ายและ บันทึกข้อมูลที่ เกี่ยวข้อง •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ		
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่าย มีปริมาณสาร โพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	89.14%	84.60 %	76.82% (ข้อมูล ณ 25 มิ.ย.59)
	หมายเหตุ: ข้อมูลจากการตรวจโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ข้อมูลวิชาการ และ งานตัวชี้วัด กลุ่มพัฒนาระบบ สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทร 02-590-7214				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหาร ปลอดภัย) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ 081-857-9535 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางนิธิตี บัตรพรธนะ โทรศัพท์ 093-329-6998 2. ชื่อหน่วยงาน สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นายวันชัย ศรีทองคำ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพโรเพชร / นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ส่วนกลาง น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</li> <li>ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>				

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li><li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li></ol>
--	--

## เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 28 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&amp;CLEAN Hospital

แนวทางการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital

.....  
แนวทางการพัฒนาตาม บันได 4 ชั้น

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

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

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

	ระบบกำกับติดตาม		
RESTROOM (ห้อง ส้วม)	1. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการ สาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) <u>ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)</u>	2. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้ มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) <u>ที่อาคารผู้ป่วย นอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน</u>	3.1 ผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ทุก จุด 3.2 มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลัก สุขาภิบาล 3.3 ลดการใช้สารเคมีในห้องส้วม
ENERGY (การจัดการ ด้านพลังงาน)	1. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น รูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่ กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	2. มีการใช้ประโยชน์จากปัจจัยธรรมชาติให้เกิดการ ประหยัดพลังงาน/หรือมีการใช้พลังงานทดแทน การ ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อลดความร้อนเข้าสู่อาคาร การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณรอบอาคารให้ร่มรื่น เย็นสบาย	3. มีการรายงานผลการประหยัดพลังงานจากทุก ส่วนภายในองค์กร และภาพรวม โดยต้องสามารถ ชี้ให้เห็นประสิทธิผล เช่น ลดอัตราค่าไฟฟ้า หรือ ลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นต้น หรือผลความสำเร็จของ การประหยัดพลังงานได้อย่างชัดเจน ตรวจสอบได้
ENVIRONMENTAL (การจัดการ สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล)	1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไป มีการดูแล ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและ ภายนอก เช่น การดำเนินงานกิจกรรม 5 ส. การจัดการน้ำเสีย การปรับปรุงภูมิ ทัศน์ การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็น ต้น	2. มีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการทำงาน โดยการ พัฒนาสถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place)	3. มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพ โดยการจัดการสภาพสิ่งแวดล้อม ที่สามารถ ส่งเสริมการมีสุขภาพดีให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การจัดให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย การจัดให้มี อุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือ พื้นที่สำหรับการ พักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น
NUTRITION (การจัดการ สุขาภิบาลอาหารและ น้ำ)	1. มีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและ น้ำ 1.1 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาล อาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับพื้นฐาน</u> 1.2 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารใน	2. มีการรณรงค์ด้านอาหารปลอดภัย การใช้ผัก พื้นบ้านอาหารพื้นเมือง 2.1 การจัดการโภชนาการสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาล 2.2 การรณรงค์เลิกใช้โฟมในโรงพยาบาล 2.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้	3 โรงพยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ชุมชนใน เรื่องอาหารปลอดภัย 3.1 ส่งเสริมการปลูกผักปลอดภัยใน โรงพยาบาล 3.2 ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายผักปลอดภัยจาก ในชุมชน เช่น ชมรมผักปลอดภัย ตลาดนัดสี

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

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



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

## เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 29 จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ  
มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<b>1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</b>		
<p>1.1 มีฐานข้อมูลทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ รวมทั้งมีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 2 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูล ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS และมีการวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 3 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูล ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายสำคัญและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS และมีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการ ในพื้นที่</p>
<p>หมายเหตุ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) หากไม่มีพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัด ใช้ประเด็นเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ ดำเนินการแทน</p>		

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<b>2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยผ่านคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.)</b>		
1. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน 2. มีแผนการจัดประชุม 3. มีการจัดประชุม 4. ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อม/ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ/ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ/ประเด็นกฎหมาย อย่างน้อย 2 เรื่อง 5. มีมติและติดตามมติจากที่ประชุมอย่างน้อย 2 เรื่อง 6. มีสรุปรายงานการประชุม	1. ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 5 เรื่อง 2. มีมติและติดตามมติจากที่ประชุมอย่างน้อย 3 เรื่อง 3. กำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนในรูปแบบต่างๆ เช่น ตั้งคณะทำงาน เป็นต้น 4. สรุปผลจากการประชุม	1. ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 5 เรื่อง 2. มีมติและติดตามมติจากที่ประชุมอย่างน้อย 5 เรื่อง 3. จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน
<b>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลรพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย</b>		
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย ร้อยละ 100	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย - รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 100 - รพ.สต. ร้อยละ 10	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย - รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 100 - รพ.สต. ร้อยละ 30
<b>4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</b>		
1. มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัย 2. มีแผนการดำเนินงาน ควบคุมกำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของ	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน(ข้อ1-3) 4. มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor) 5. ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กร	ผ่านเกณฑ์ระดับดี(ข้อ1-5) 6. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับเกียรติบัตร อย่างน้อย 1 แห่ง และเป็นต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>หมายเหตุ</u> : อปท. หมายถึง

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
หน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพ และมีการถ่ายทอด สื่อสารนโยบายให้หน่วยงาน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	ปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัย กำหนด)	เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา
3. มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา	
<b>5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อมชุมชน</b>		
1. มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการ จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน ชุมชนระยะยาว	ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการ จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด) และเกิด นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่	ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการ จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด) และเกิด นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคี เครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ชุมชน
2. ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพใน การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อย ละ 100 (เป้าหมายตาม 1000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด)		
<b>6. มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</b>		
มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุน ให้หน่วยบริการสุขภาพ (รพศ./ รพท., รพช., รพ.สต.) จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์กรมควบคุม โรค	มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการ สุขภาพ (รพศ./รพท., รพช., รพ. สต.) จัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ กรมควบคุมโรค โดยได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป	มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการ สุขภาพ (รพศ./รพท., รพช., รพ. สต.) จัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ กรมควบคุมโรค โดยได้คะแนน 100 คะแนน

## เอกสารประกอบ

## ตัวชี้วัดที่ 31 ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ

## 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

## 2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

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

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

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายมีส่วนร่วม</u> ใน การดำเนินงานด้าน สุขภาพ	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย <u>ร่วม</u> <u>รับรู้ ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพ ในงานที่ <u>หลากหลายและขยาย</u> <u>วงกว้างเพิ่มขึ้น</u>	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี <u>ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้าง <u>ครอบคลุม</u>	ชุมชน และภาคี เครือข่ายร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพ และมีการ <u>ทบทวน เรียนรู้</u> <u>ปรับปรุงกระบวนการมี</u> ส่วนร่วมให้เหมาะสม มากขึ้น	ชุมชน และภาคี เครือข่าย <u>ร่วม</u> <u>ดำเนินการอย่างครบ</u> <u>วงจร</u> รวมทั้งการ ประเมินผล จน <u>ร่วม</u> เป็นเจ้าของการ ดำเนินงานเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้าง <u>ความ</u> <u>พึงพอใจ</u> ของบุคลากร	มีการขยายการ ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้าง <u>ความ</u> <u>พึงพอใจของบุคลากร</u> เพิ่มขึ้นในแต่ละ หน่วยงาน หรือในแต่ละ ระดับ	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนาและ สร้างความพึงพอใจ และ ความผูกพัน (engagement) ของ บุคลากรให้สอดคล้องกับ <u>ภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็น</u> <u>ระบบ</u>	เครือข่ายสุขภาพมีการ เรียนรู้ <u>ทบทวน</u> <u>กระบวนการดูแล</u> พัฒนา และสร้าง <u>ความ</u> ผูกพันของบุคลากรให้ <u>สอดคล้องกับบริบท</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้บุคลากรมี</u> <u>ความสุข ภูมิใจ รับรู้</u> <u>คุณค่าและเกิดความ</u> <u>ผูกพัน</u> ในงานของ เครือข่ายบริการปฐม ภูมิ	<b>ความผูกพัน (engagement)</b> หมายถึง การที่บุคลากรมีความ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานใน หน้าที่ และในงานที่ได้รับ มอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้ บรรลุพันธกิจขององค์กร
	มีแนวทาง หรือเริ่มวาง	มีการดำเนินการ	มีการจัดการทรัพยากร	มีการทบทวนและ	มีการจัดการทรัพยากร	<b>Resource</b> หมายถึง คน เงิน ของ

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
	<p><u>แผนการใช้ทรัพยากร</u> <u>ร่วมกัน และ พัฒนา</u> <u>บุคลากรร่วมกัน เพื่อ</u> <u>สนับสนุนการพัฒนาระบบ</u> <u>สุขภาพชุมชน</u></p>	<p><u>ร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ในบาง <u>ประเด็น หรือบาง</u> <u>ระบบ</u></p>	<p>และพัฒนาบุคลากรร่วมกัน <u>อย่างเป็นระบบและ</u> <u>ครอบคลุม</u> ตามบริบท และ ความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนให้บรรลุตาม เป้าหมายของเครือข่าย สุขภาพ</p>	<p><u>ปรับปรุงการจัดการ</u> <u>ทรัพยากร และพัฒนา</u> บุคลากร ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น</p>	<p>ร่วมกันโดยยึด <u>เป้าหมายของ</u> <u>เครือข่ายสุขภาพ (ไม่มี</u> <u>กำแพงกัน)</u> และมีการ ใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบ สุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน</p>	<p>ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้า (input) ของการทำงาน</p>
<p><b>Essential Care</b></p>	<p>มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นใน แต่ละกลุ่ม ตามบริบทของ ชุมชน</p>	<p>มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท และ ตามความต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มี <u>ปัญหาสูง</u></p>	<p>มีการจัดระบบดูแลสุขภาพ ตามบริบท ตามความ ต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และ ชุมชนที่<u>ครอบคลุม</u> <u>ประชากรส่วนใหญ่</u></p>	<p>มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา <u>อย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น</p>	<p>มีการจัดระบบดูแล <u>สุขภาพอย่างบูรณาการ</u> ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี</p>	<p><b>Essential Care</b> หมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับ ประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และเป็นไปตาม ศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐม ภูมิ</p>



## เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 35 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง &lt; 130 ครั้งต่อแสนประชากร

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

การคิดจำนวนครั้งของการกำเริบให้คิดทุกครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจนอนหรือไม่นอนโรงพยาบาลก็ได้

ถ้านอนโรงพยาบาลร่วมด้วยหลังจากเข้าห้องฉุกเฉินให้นับแค่ครั้งเดียว

ถ้ามีการส่งต่อในเขตจังหวัดเดียวกัน ให้นับที่โรงพยาบาล ปลายทาง

ถ้ามีการส่งต่อข้ามจังหวัด ให้นับที่เขตจังหวัดที่ส่ง

นำจำนวนครั้งที่เกิดการกำเริบข้างต้น ทั้งปี มาเปรียบเทียบกับประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัด

นั้นๆ เช่นประชากรกลางปีมี 1 ล้านคน การกำเริบ ทั้งปี 1000 ครั้ง คำตอบคือ 100 ครั้งต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดที่ 2 : อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 %

ประเภทสาเหตุ	Reduce Premature Mortality				
ลักษณะ	Chronic Diseases				
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน				
คำนิยาม	<p>อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา</li> <li>- มีการติดตามการรักษาเช่น MMRC, CAT score</li> <li>- มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)</li> <li>- ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ</li> </ul>				
เกณฑ์เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการรักษาโรคเรื้อรัง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า ๑๕ ปี ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แห่งของสถานพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แห่งของสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการประเมินและติดตามครบ ๔ ประเด็น				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดในโรงพยาบาล				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลง ทุก ๓ เดือน				

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับ F ต้องประกอบด้วย

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

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ M ต้องประกอบด้วย

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

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ A/S ต้องประกอบด้วย

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

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

แนะนำให้ส่งข้อมูลผ่าน <http://203.157.32.43/COPD> ระบบดำเนินการคำนวณให้

## ตัวชี้วัดที่ 3: อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ &lt; 10%

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

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

## เอกสารประกอบ

## ตัวชี้วัดที่ 36 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 256

## 1. ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล จำนวน 18 ตัวชี้วัด

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

## 2. ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
19.	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	100 %
20.	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	100 %

\* รายละเอียดตัวชี้วัดจะจัดส่งให้ภายหลัง

## 3. ตัวชี้วัด Antimicrobial Resistance ; AMR จำนวน 1 ตัวชี้วัด (สำหรับ รพศ./รพท.)

ตัวชี้วัด	AMR		
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ		
ข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยา 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter spp.</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> หมายเหตุ 1. ไม่รวมผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียชนิดเดียวกันเป็นครั้งที่สองในรอบปีเดียวกัน 2. กรณีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิดให้นับเป็นข้อมูลเพิ่มตามจำนวนชนิดเชื้อที่ต่างกัน		
ข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$		
เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561 - 2563	ปี 2564
เป้าหมาย	- มีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยา (AMR) ในโรงพยาบาล ครอบคลุม ทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ และการดูแล กำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล - มีข้อมูล (Baseline Data) ของอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลงจาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จาก Baseline Data

## เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 59 ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

สรุปคะแนน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนน เต็ม	น้ำหนัก	หมายเหตุ
1	หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์	18		
2	หมวด ก การเงินและบัญชี	10		
3	หมวด ข การจัดสรรบุคลากร			ประเมินกับหมวด 3
4	หมวด ค การบริหารจัดการโครงสร้าง	50		
5	หมวด ง การจัดบริการสนับสนุน			
6	หมวด ง-1 IC	20		
7	หมวด ง-2 LAB	100		
8	หมวด ง-3 เกสัชกรรม/ คบส.	50		
9	หมวด ง-4 IT	100		
10	หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	10		
11	หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	6		
12	หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	(10)		
13	4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP)	1		
14	4.2.1 OPD + 4.2.5 NCD	2		มีครบ = 1 คะแนน มีไม่ครบ = 0 คะแนน
15	4.2.2 ER	1		
16	4.2.3 ANC	1		
17	4.2.4 WCC	1		
18	4.2.6 แผนไทย	1		
19	4.2.7 ทันตกรรม	1		
20	4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care	1		
21	4.3.2 SRRT	1		
22	หมวด 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)	22		
23	หมวด 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)			
24	หมวด 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	5		
รวมคะแนน			100	

# รพ.สต.ติดตาม 4 ดี

ส่วนที่ 1 บริหารดี

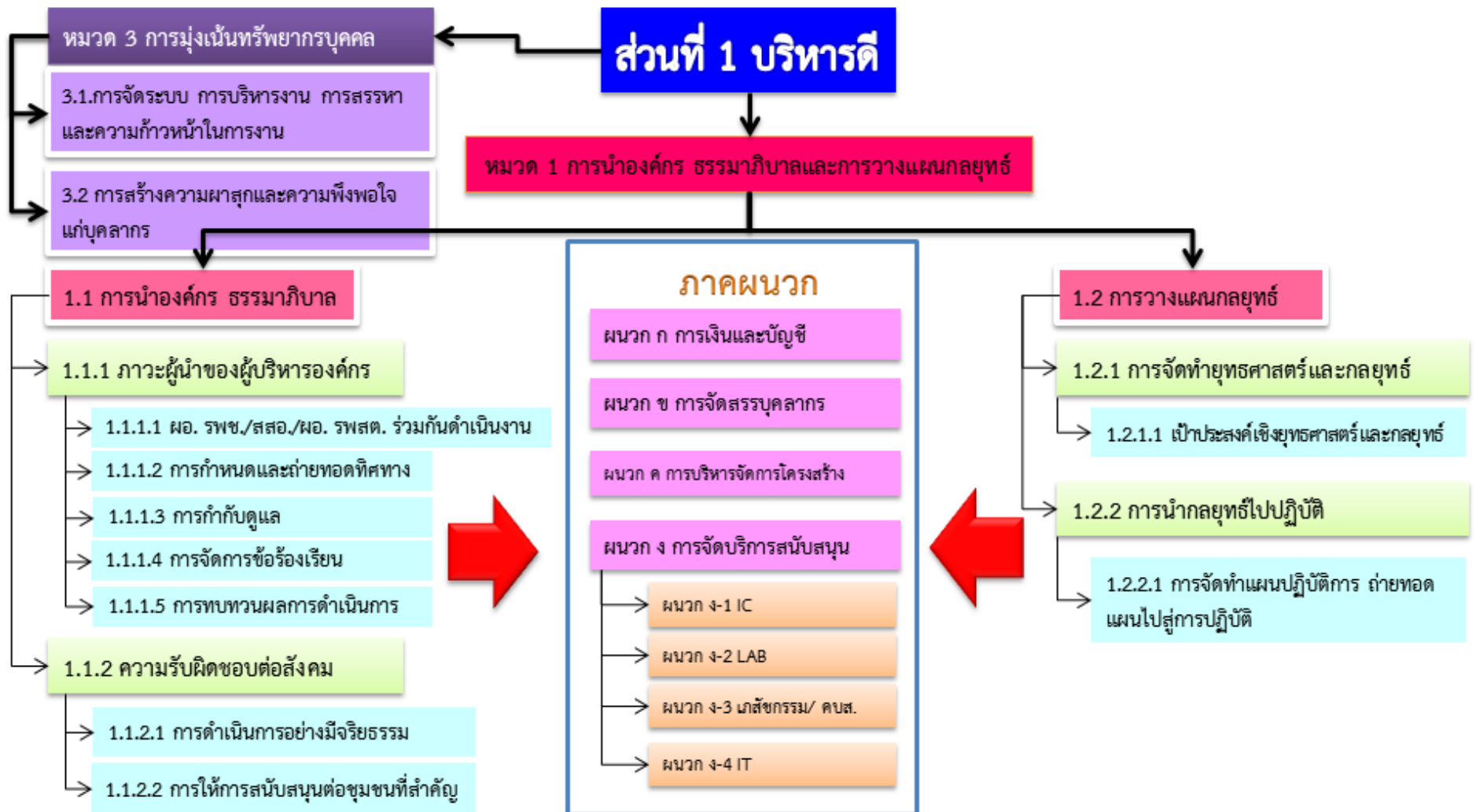
ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

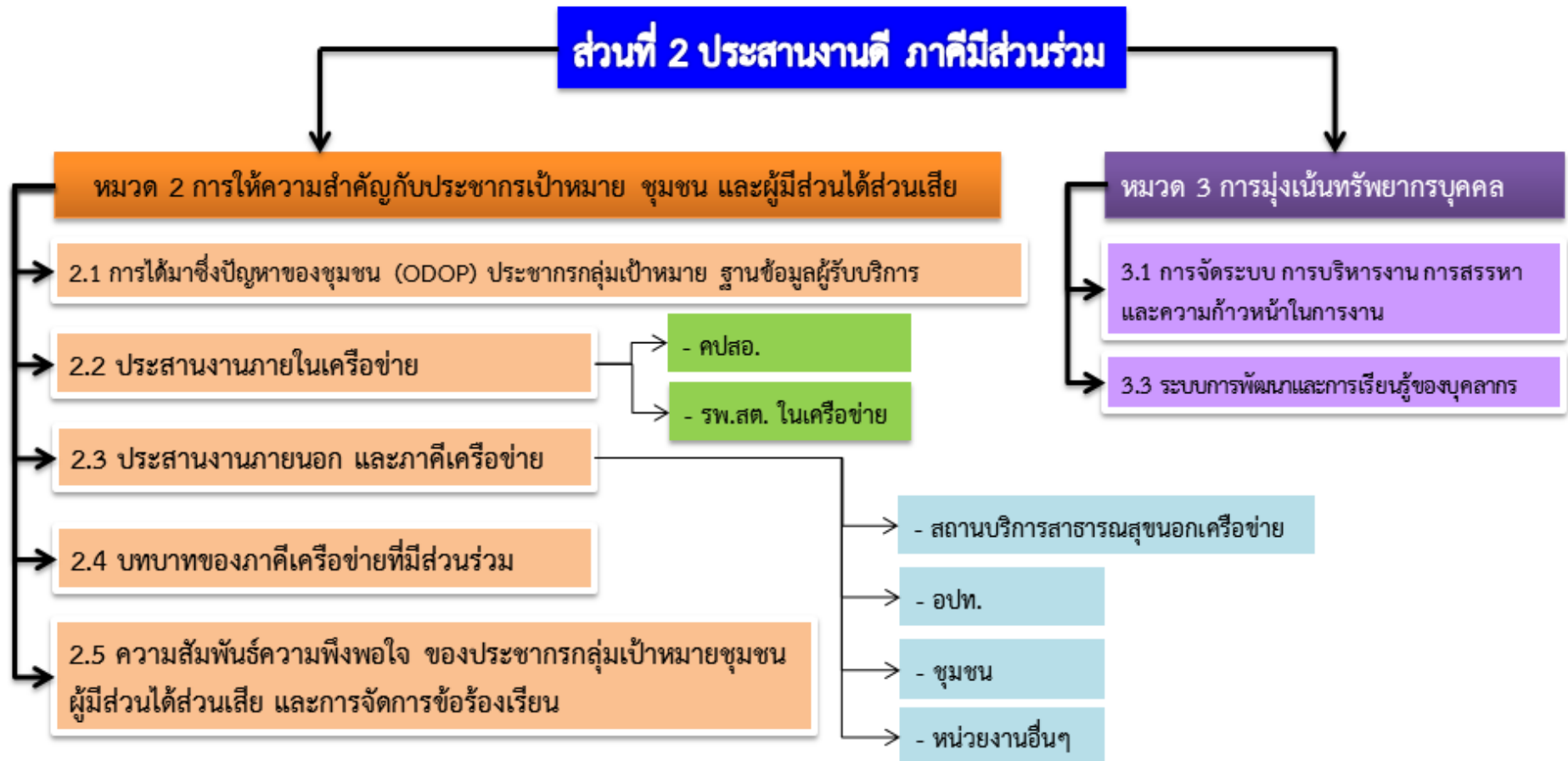
ส่วนที่ 3 บริการดี

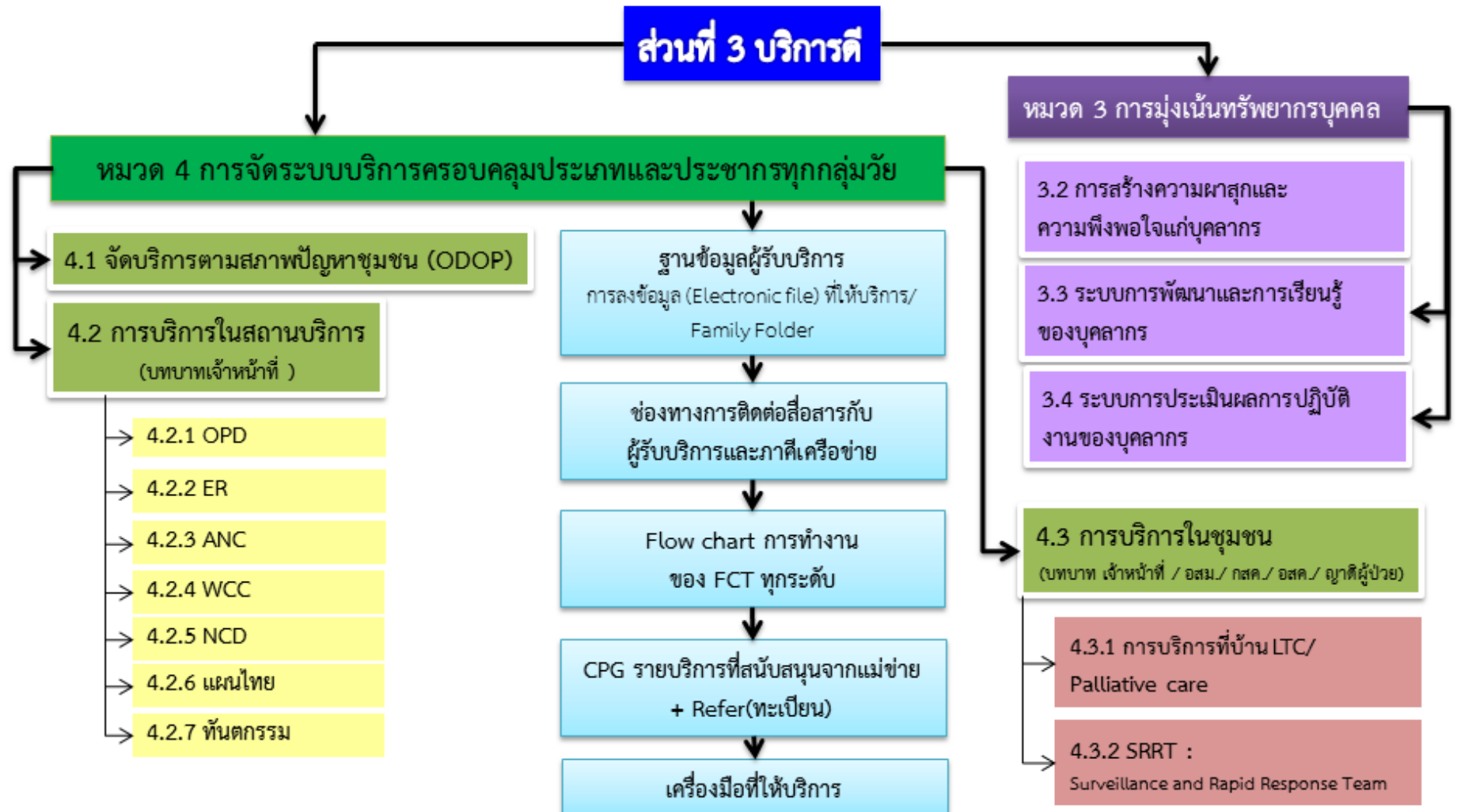
ส่วนที่ 4 ประชาชนมีสุขภาพดี

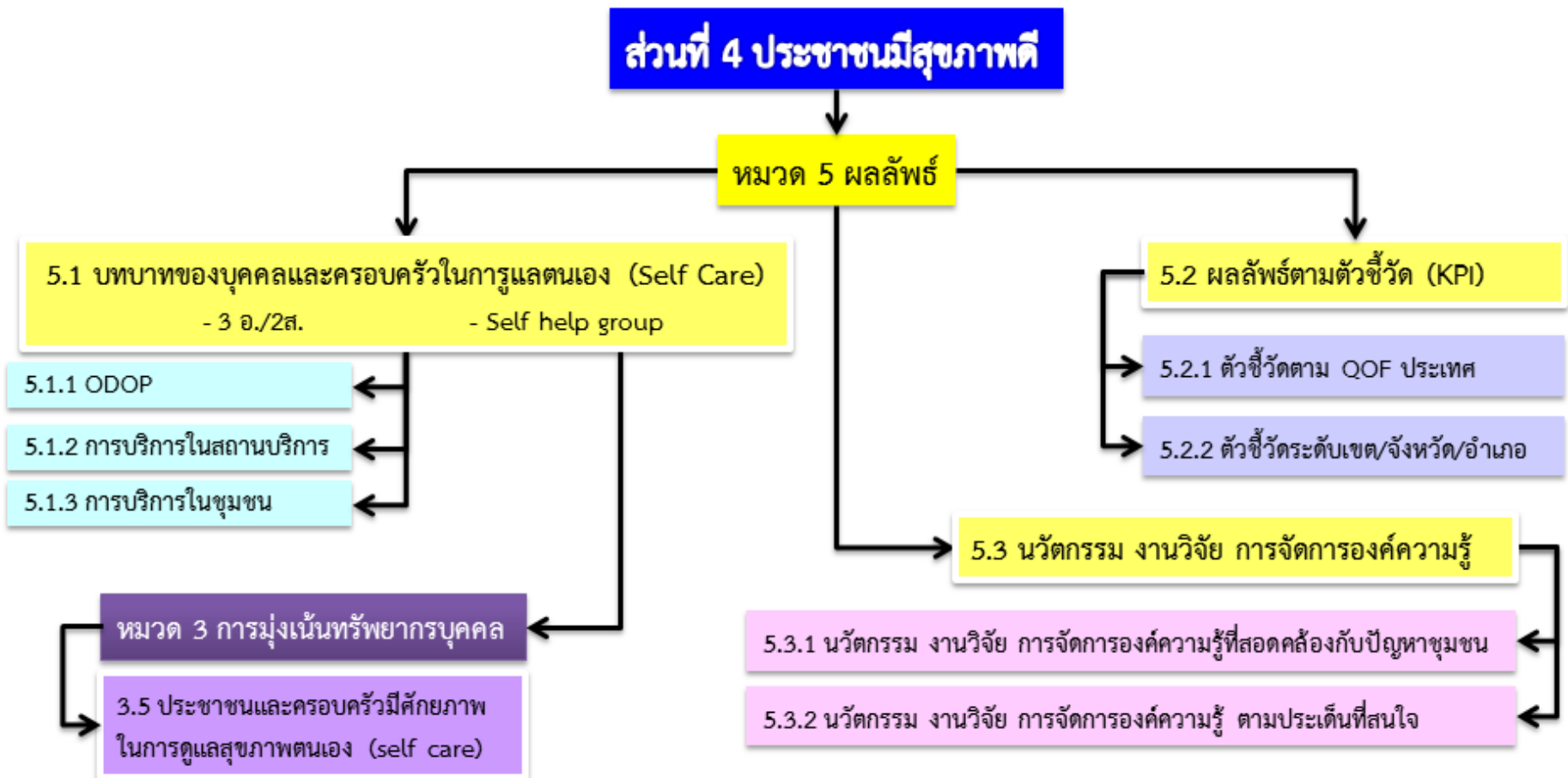
<b>หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์</b> 1.1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล 1.2 การวางแผนกลยุทธ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>* การเงินและบัญชี</li> <li>* การจัดสรรบุคลากร</li> <li>* การบริหารจัดการโครงสร้าง</li> <li>* การจัดบริการสนับสนุน</li> </ul>	<b>30 %</b>
<b>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</b> 2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ 2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย 2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย 2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม 2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของประชากรกลุ่มเป้าหมายชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน		<b>10 %</b>
<b>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</b> 3.1 การจัดระบบ การบริหารงาน การสรรหาและความก้าวหน้าในการทำงาน 3.2 การสร้างความภาคภูมิใจและความพึงพอใจแก่บุคลากร 3.3 ระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร 3.4 ระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร 3.5 ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care)		<b>10 %</b>
<b>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</b> 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน ODOP 4.2 การบริการในสถานบริการ 4.3 การบริการในชุมชน		<b>30 %</b>
<b>หมวด 5 ผลลัพธ์</b> 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care) 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI) 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้		<b>20 %</b>













## เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 72 จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพของเขตมีปริมาณที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกกระบวนการบริการสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทุกสิทธิ รวมทั้งการพัฒนาสู่การบริการสุขภาพในระดับนานาชาติ และพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ โดยในกระบวนการต้องมีองค์ประกอบดังนี้</p> <p>1)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ประกอบด้วย</p> <p>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานการเงิน</p>

และบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

**2)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน** หมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

**3)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน** หมายถึง กระบวนการวางแผน/จัดสรร/ติดตามการใช้งบประมาณที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการ/พัฒนากำลังคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

**4)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน** หมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์

**5)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาของเขตสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการบริหารจัดการที่เขตดำเนินการส่งผลกระทบต่อปัจจัยเกี่ยวข้องต่างๆ เช่น การวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากรในเขต/บุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการแก่ประชาชน เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

**เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด** หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนพัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.แผนความต้องการพัฒนา กำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) ของเขตสุขภาพมีความครอบคลุม กำลังคนทุกกลุ่มสาขา/วิชาชีพ และทุกมิติ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์	แผนพัฒนา กำลังคนเชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุม 5 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ	ระดับ 3 ( 9 เดือน)

		20 ปี) 2.การแผนพัฒนาบุคลากร ของ เขตมีความเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง สาธารณสุขและประเทศ	(ตามเกณฑ์ที่ กำหนด) ในทุก ระดับบริการ	
	2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.ประเมินการบริหารจัดการ การ ใช้ทรัพยากรร่วมกัน(คน เงิน ของ)ของเขตสุขภาพด้านการ พัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพ 2.ประเมินผลการพัฒนาเครือข่าย และการมีส่วนร่วมด้านการผลิต และพัฒนากำลังคนในเขต	มีการสร้างความ ร่วมมือของสถาบัน การผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของ เขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 3 ( 9 เดือน)
	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการ พัฒนา กำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 3 ( 9 เดือน)
	4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรรบุคลากรมีการ กระจายอย่างเหมาะสม(ทั้งด้าน จำนวน และศักยภาพ) 2.การกำหนดเป้าหมายการผลิต และพัฒนา และดำเนินการ พัฒนากำลังคนให้มีความ สอดคล้องกับความต้องการของ เขต	มีการพัฒนา บุคลากรได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 3 ( 9 เดือน)
	5.การ ประเมินผล กระทบของ ระบบการ บริหาร	1.ระบบการบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ และการแก้ไข ปัญหาการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตมีความเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบาย	จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตรา การย้าย ลาออก/ จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน	ระดับ 3 ( 9 เดือน)



	จัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	2.การลดข้อร้องเรียนและ การต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายในระดับประเทศ	ระดับเขตลดลงปีละร้อยละ 10	
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนเขตสุขภาพ ๗ เขต ที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ทั้ง 5 องค์กรประกอบ				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ /การรวบรวมงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3) วิเคราะห์ผลการนิเทศตรวจราชการ			
แหล่งข้อมูล	หน่วย CHRO ของเขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเขตสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3 ใน 5 องค์กรประกอบ			
รายการข้อมูล 2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ใน 5 องค์กรประกอบ (A)			
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง (ตามรอบการตรวจราชการ)			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตาม องค์กรประกอบที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 2	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 องค์กรประกอบที่ระดับคะแนน 3	เขตสุขภาพ 7 เขตที่ผ่าน เกณฑ์ทั้ง 5 องค์กรประกอบที่ระดับ คะแนน 3
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ และคำนวณตามสูตร			
เอกสารสนับสนุน :	แผนผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ รายงานผลการจัดสรร/พัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	50
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สถาบันพระบรมราชชนก				
	1.นางสาวอลิสสา ศิริเวชสุนทร		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ		
	2.นางเบญจพร ทิพยผลผลกุล		นักวิชาการศึกษาพิเศษ		
	3.นางกัลยา เนติประวัติ		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ		
	4.นางศรีนวล ศิริคะรินทร์		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันพระบรมราชชนก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สถาบันพระบรมราชชนก				
	1.นางกัลยา เนติประวัติ		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818		โทรศัพท์มือถือ : 0816499395		
	โทรสาร : 02-5901817		E-mail : Catypakdee@gmail.com		
	2.นางศรีนวล ศิริคะรินทร์		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901809		โทรศัพท์มือถือ : 0897830535		
	โทรสาร : 025901830		E-mail : srinuans711@gmail.com		

**เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้**

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
1.การวางแผนพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ	5	แผนพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/ วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ
	4	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสาย งาน) ในทุกระดับบริการ
	3	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสาย งาน) ในทุกระดับบริการ
	2	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสาย งาน) ในทุกระดับบริการ
	1	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสาย งาน) ในทุกระดับบริการ
2.การสร้างความร่วมมือด้านการ ผลิตและพัฒนากำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60
4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย
5.การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่าร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการพัฒนา (ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต)
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการพัฒนา (ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต)
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการพัฒนา (ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต)

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการพัฒนา (ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต)
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการพัฒนา (ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต)

## เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 81 ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน  
แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณของหน่วยงานสังกัดกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

- ภารกิจเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง (กตส.)  ภารกิจประจำ / พื้นฐาน
1. นโยบาย คสช. ข้อ..... 2. นโยบายรัฐมนตรี ข้อ.....
3. นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ข้อ..... 4. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ข้อ..... 5. ยุทธศาสตร์บูรณาการ ประเด็น ข้อ.....
6. ประเด็นยุทธศาสตร์ กตส. ที่..... 7. กลยุทธ์ที่.....

กลุ่มภารกิจ กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ผู้รับผิดชอบ นางสาวเครือพันธ์ บุกุลบุญ โทรศัพท์มือถือ 085-485-6980 โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2590-2341  
ผู้รับผิดชอบ นางธัญชนก เสาวรัง โทรศัพท์มือถือ 085-485-6981 โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2590-2339

ที่	โครงการเชิงกลยุทธ์ / โครงการประจำ	กิจกรรมเชิงกลยุทธ์ / กิจกรรมประจำ (รายละเอียดกิจกรรม)	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย / จำนวน	ระยะเวลา (ระบุ เดือนที่ จะดำเนินการ)				งบประมาณรวม (บาท)	งบประมาณ รายไตรมาส (บาท)			
					ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1	จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560 จำนวน 40 รุ่นๆ ละ 300 คน (รุ่นละ 2 วัน)	1. จัดทำโครงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2. ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 3. สรุปผลการจัดอบรม	1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของหน่วยงานทุกระดับ มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง การรู้ไหล สิ้นเปลือง หรือการ	ทุกส่วนราชการในสังกัดสธ. / สสจ. / สสอ. / รพสต. / รพ.ในสังกัดสำนักงานปลัด สธ. / รพศ. / รพท. /	ธ.ค. 59	ม.ค. -	เม. ย - มิ.ย. 60	ก.ค. - ก.ย. .	20,588,000.-	2,058,800.-	6,176,400.-	6,176,400.-	6,176,400.-

ที่	โครงการเชิงกลยุทธ์ / โครงการประจำ	กิจกรรมเชิงกลยุทธ์ / กิจกรรมประจำ (รายละเอียดกิจกรรม)	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย / จำนวน	ระยะเวลา (ระบุ เดือนที่ จะดำเนินการ)				งบประมาณรวม (บาท)	งบประมาณ รายไตรมาส (บาท)			
					ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
2	นิเทศงานควบคุมภายใน หน่วยงานในสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง	1. กำหนด KPI จัดทำ template และกระดาษ ทำ การตรวจนิเทศงานระบบ ควบคุมภายใน 2. นิเทศงาน ปีละ 2 ครั้ง	ทุจริตในหน่วยงานรวมทั้งมี ความตระหนักและเห็น ความสำคัญต่อระบบการ ควบคุมภายใน และสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	รพช. มีระบบการ ควบคุมภายในที่มี ประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพ					1,520,000.-	380,000.-	380,000.-	380,000.-	380,000.-
		3. สรุปผลการนิเทศ รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน	2. เพื่อให้การจัดทำ รายงานการควบคุมภายใน ของหน่วยงานภายใน กระทรวงสาธารณสุข มีระบบ การควบคุมภายในที่ได้ มาตรฐานตามที่สำนักงานการ ตรวจเงินแผ่นดินกำหนด 3. หน่วยงานทุกระดับ มี ระบบการควบคุมภายในที่มี ประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกภารกิจของ องค์กรทั้งภารกิจหลักและ ภารกิจสนับสนุน รวมทั้งลด ข้อผิดพลาด ความเสียหาย						22,108,000.-				

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ  
ด้านการควบคุมภายใน

● มาตรการ / แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p>1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560 จำนวน 40 รุ่น รุ่นละ 2 วัน</p> <p>2. นิเทศงานควบคุมภายในหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง</p>	<p>ทุกส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ</p>	<p>1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของหน่วยงานทุกระดับ มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักรู้และเห็นความสำคัญต่อระบบการควบคุมภายใน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง</p> <p>2. หน่วยงานทุกระดับ มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 ข้อ 6</p> <p>3. หน่วยงานทุกระดับ มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพครอบคลุมทุกภารกิจขององค์กรทั้งภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุน รวมทั้งลดข้อผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน</p>

● ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน	กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข



## โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560

### 1. หลักการและเหตุผล

ระบบการควบคุมภายในเป็นกลไกที่สำคัญและเป็นเครื่องมือในการบริหารงานของผู้บริหารทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างควมมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้หน่วยงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การควบคุมภายในต้องมีการพัฒนาอยู่เสมอเพราะนอกจากจะช่วยให้งานมีระบบการควบคุมภายในที่ดีแล้วยังเสริมให้เกิดการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดีด้วย การจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ดีเหมาะสมกับลักษณะขนาดของหน่วยงานในความรับผิดชอบยังเป็นกลไกช่วยในการทำงานให้มีความเสี่ยง อุปสรรคหรือข้อผิดพลาดให้น้อยที่สุด เพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดนี้จะส่งผลให้งานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น การใช้ทรัพยากร การบริหารจัดการกระบวนการทำงานการควบคุมภายในจึงเป็นการป้องกันการทุจริต ความสูญเปล่าให้มีการทำงานตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มติ คณะรัฐมนตรี และนโยบายของผู้บริหารให้มีประสิทธิภาพ ประหยัด โปร่งใส จะเห็นได้ว่าการควบคุมภายในไม่ใช่เป็นเพียงการควบคุมภายในเรื่องการเงินเพียงเรื่องเดียว แต่ยังควบคุมถึงระบบการทำงานทั้งหมดที่จะมีผลกระทบต่องานขององค์กรทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 กำหนดให้ทุกส่วนราชการมีการดำเนินงานจัดวางระบบการควบคุมภายใน และมีการจัดทำรายงานประเมินการควบคุมภายในต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน และคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำกระทรวงสาธารณสุข (คตป.) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อปรับปรุงการควบคุมภายในให้มีประสิทธิภาพ (ตามระเบียบ ข้อ 6)

### 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน
2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด
3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลืองหรือการทุจริตในหน่วยงาน

### 3. กลุ่มเป้าหมาย

ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมจำนวนทั้งสิ้น 12,000 คน โดยแบ่งการอบรมออกเป็น 40 รุ่น รุ่นละ 300 คน

### 4. วิธีดำเนินการ

4.1 อภิปราย

4.2 ฝึกปฏิบัติ

## 5. ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการ

ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 – กันยายน 2560 จำนวน 40 รุ่น รุ่นละ 2 วัน ณ สถานที่เอกชน เนื่องจากไม่สามารถหาสถานที่ของทางราชการที่เหมาะสมได้

## 6. งบประมาณ

6.1 งบประมาณสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดอบรมประกอบด้วย จำนวน 20,588,000.- บาท (ยี่สิบล้านห้าแสนแปดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) จำนวน 40 รุ่น

- ค่าตอบแทนวิทยากรภาครัฐ	เป็นเงิน	16,800.-	บาท
7 ชั่วโมง x 600 บาท x 2 วัน x 2 คน			
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	เป็นเงิน	60,000.-	บาท
(300 คน x 50 บาท x 4 มื้อ)			
- ค่าอาหารกลางวัน	เป็นเงิน	360,000.-	บาท
(300 คน x 600 บาท x 2 มื้อ)			
- ค่าพาหนะวิทยากร	เป็นเงิน	1,400.-	บาท
(จำนวน 2 คน x 700 บาท)			
- ค่าพาหนะในการเดินทางคณะผู้จัดอบรม	เป็นเงิน	8,500.-	บาท
(จำนวน 17 คน x 500 บาท)			
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	เป็นเงิน	3,000.-	บาท
- ค่ากระเป่าใส่เอกสาร จำนวน 300 ใบ x 100 บาท	เป็นเงิน	30,000.-	บาท
- ค่าถ่ายเอกสาร จำนวน 300 ใบ x 100 บาท	เป็นเงิน	30,000.-	บาท
- ค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายอื่นๆ	เป็นเงิน	5,000.-	บาท
	รวมเป็นเงิน	514,700.-	บาท

การจัดอบรมทั้งหมด 40 รุ่น (40 รุ่น x 514,700.- บาท) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 20,588,000.- บาท

6.2 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของผู้เขารับการอบรมเบิกจากต้นสังกัด

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายแต่ละรายการสามารถถัวจ่ายกันได้

## 7. ผู้รับผิดชอบโครงการ

กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

## 8. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

1. จำนวนผู้ให้ความสนใจในการเข้ารับการอบรม
2. ระยะเวลาในการสรุปผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร

3. ร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจ

## 9. การบริหารความเสี่ยง

**ความเสี่ยง** : กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ตามกำหนดการ

**กิจกรรมในการควบคุม** : กำหนดแผนการจัดอบรมให้ชัดเจนพร้อมแจ้งกลุ่มเป้าหมายล่วงหน้า

: ประสานหน่วยงานยืนยันจำนวนผู้เข้าอบรม

## 10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดอบรม การควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน

2. หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 ข้อ 6

3. หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกภารกิจขององค์กรทั้งภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุน รวมทั้งมีข้อผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงานลดลง

ลงชื่อ

ผู้เสนอโครงการ

(นางธัญชนก เสาวรัจ)

(นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ)

ลงชื่อ

ผู้เห็นชอบโครงการ

(นางสาวเครือพันธุ์ บุคบุญ)

(นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง)

ลงชื่อ

ผู้อนุมัติโครงการ

# ภาคผนวก

## ข

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน  
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

## ด้านมารดาและทารก

### 1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

#### (1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

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

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

### 2. สถานการณ์.....

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### (1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

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

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ M1 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

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

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพ ของรัฐ ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่าน เกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการ สุขภาพของรัฐทุก ระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพ ที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับ ตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

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

### ด้านผู้สูงอายุ

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

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

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

.....

.....

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การ	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ
---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------



ดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์		ไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อยุบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....E-mail.....



**ตัวชี้วัดที่ 34 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านโรคหลอดเลือดสมอง**

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย:  $\leq$  ร้อยละ 7)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย:  $\leq$  ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

สถานบริการ สุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตายจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุก สถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	ร้อยละอัตราตาย ของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

## 5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

## 6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

## 7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 35 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เป้าหมาย: ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เป้าหมาย: ไม่เกิน๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J440-J441) (A)	จำนวนประชากรกลางปี อายุ15ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร (B)	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

**ตัวชี้วัดที่ 38 อัตราตายทารกแรกเกิด**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านทารกแรกเกิด**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)

**2. สถานการณ์.....**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต (B)	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A/B) x1,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

## ตัวชี้วัดที่ 39 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

### แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

#### ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

#### 1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

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

2. สถานการณ์.....  
.....

#### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

##### 3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

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

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F)ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล (A)	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (A/B)x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

## 5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

## 6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

## 7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....



ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic drug)ในผู้ป่วย  
STEMI ได้  
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล  
ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย  
STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%)

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2 และF2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ใน  
ผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%) โดยดำเนินการครบทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้ คำปรึกษาตลอด  
24 ชั่วโมงทุกวัน

2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์แลโรงพยาบาลชุมชน

3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI

4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด  
24 ชั่วโมงทุกวัน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้น ไปในเขตที่มีการให้ยาละลายลิ่ม เลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A)	รพ. ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ทั้งหมดในเขตนั้นๆ (B)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลาย ลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ใน ผู้ป่วย STEMI ได้จริง(A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

### 3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....  
 (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม

จังหวัด).....

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

.....  
 .....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....  
 .....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....  
 .....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

**ตัวชี้วัดที่ 45 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านโรคหัวใจ**

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี(ปี 2560 – 2564))

2. สถานการณ์

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

.....

(1) อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี(ปี 2560 – 2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) (A)	จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม

จังหวัด).....

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

.....

.....

## 5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

## 6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....  
 .....

## 7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....  
 .....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 46 ระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก  
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล  
ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์  $\geq 85\%$
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 85\%$
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 85\%$

2. สถานการณ์

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์  $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัด $\leq 6$ สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ $(A/B)*100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยรังสีรักษา $\leq 6$ สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ $(A/B)*100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....  
.....  
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....  
.....  
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

**ตัวชี้วัดที่ 47 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านโรคมะเร็ง**

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

2. สถานการณ์

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....  
 .....  
 .....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....  
 .....  
 .....



5. ข้อเสนอแนะต่อยุบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....  
.....  
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

**ตัวชี้วัดที่ 48 อัตราตายจากมะเร็งปอด**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านโรคมะเร็ง**

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย:ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย:ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด(A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....  
 .....  
 .....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....  
 .....  
 .....

5. ข้อเสนอแนะต่อยุบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....  
.....  
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 49 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ  $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$   
 แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล  
 ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ  $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$   
 (เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560)

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ  $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$   
 (เป้าหมาย: > 50% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559)

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการ ลดลงของ $eGFR < 4$ $\text{mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ $\times 100$ (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (B)	Ax100/B	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม

จังหวัด).....

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

.....

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้หน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 50 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน  
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านตา

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน  
(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของเป้าหมาย)

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

- (1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน  
(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของเป้าหมาย)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด (A)	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตากระทรวงสาธารณสุข (B)	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

**ตัวชี้วัดที่ 52 จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านโรคไต**

**8. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

สถานการณ์ด้านการปลูกถ่ายไต

.....

.....

**9. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ (เป้าหมาย:  $\geq 650$ ต่อปีในปีงบประมาณ 2560)

เขต	เป้าหมาย	รายการข้อมูล	หมายเหตุ
		จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	
1			
2			
3			
เขต ...			
ภาพรวมประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)			

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

.....

.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม

เขต).....

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

## 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้หน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

## 5 ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

## 6 นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....



ตัวชี้วัดที่ 61 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม  
 สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด  
 หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (24 แห่ง) ข้อมูลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ  
 และสิ่งแวดล้อม ณ วันที่ 27 ก.ค.59

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2559	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การให้บริการอา ชีวอนามัย	การให้บริการเวช กรรมสิ่งแวดล้อม
สคร. 1	เชียงราย		รพช.แม่สาย		
			รพช.เชียงแสน		
			รพช.เชียงของ	(รอผลประเมิน)	
สคร. 2	ตาก	รพท.แม่สอด		✓	✓
			รพช.พปพระ	(รอผลประเมิน)	
			รพช.แม่ระมาด		
สคร. 5	กาญจนบุรี	รพท.พหลพลพยุหเสนา			
สคร. 6	ตราด		รพช.คลองใหญ่		
		สระแก้ว	รพท.อรัญประเทศ		
			รพช.วัฒนานคร		
สคร. 8	หนองคาย	รพท.หนองคาย			
			รพช.สระใคร		
	นครพนม	รพท.นครพนม		✓	✓
			รพช.ท่าอุเทน		
สคร. 10	มุกดาหาร	รพท.มุกดาหาร		✓	✓
			รพช. ห้วยน้ำใหญ่		
			รพช. ดอนตาล		
สคร. 12	สงขลา		รพช.สะเดา		
			รพช.ปาดังเบซาร์		
	นราธิวาส	รพท.นราธิวาสราชนครินทร์			
		รพท.สุไหงโกลก			
			รพช. ตากใบ	✓	
			รพช. แว้ง		
	รพช. ยี่งอ	✓			
รวม	10	8	16		

## ตัวชี้วัดที่ 71 ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ

### แบบที่ 1 แบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบที่ 1 เป็นแบบประเมินความสำเร็จในการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยดำเนินการประเมินในไตรมาสที่ 2 (กุมภาพันธ์ 2559) และไตรมาสที่ 4 (กรกฎาคม 2559) ของปีงบประมาณ

เขตสุขภาพที่.....

ประเด็นการประเมิน	มีการดำเนินงาน	ไม่มีการดำเนินงาน
<b>ส่วนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกำลังคน</b>		
1. มีการจัดประชุมผู้รับผิดชอบการจัดทำแผนกำลังคนเพื่อจัดทำแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ		
2. มีการประชาสัมพันธ์/วิพากษ์ (ร่าง) แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ		
<b>ส่วนที่ 2 กระบวนการจัดทำแผนกำลังคน (HRP)</b>		
<u>ระดับที่ 1</u>		
3. มีการปรับปรุงฐานข้อมูลในระบบ HROPS ในแต่ละจังหวัด ให้มีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%		
<u>ระดับที่ 2</u>		
4. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ในแต่ละจังหวัด ไม่น้อยกว่าประเด็นที่กำหนด		
4.1 จำนวนบุคลากรจำแนกตามประเภทบุคลากร		
4.2 ช่วงอายุของบุคลากร		
4.3 ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
4.4 อัตราการสูญเสียของบุคลากร		
4.5 อัตรากำลังแต่ละวิชาชีพต่อประชากร		
5. มีการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลัง (Demand) ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการและเขตสุขภาพ (Service Plan & Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร		
<u>ระดับที่ 3</u>		
6. มีการวางแผนการกระจายกำลังคน และแผนการแก้ไขปัญหากำลังคน ในเขตสุขภาพ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร		
<u>ระดับที่ 4</u>		
7. มีการวางแผนการผลิต สรรหา และพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ		
<u>ระดับที่ 5</u>		
8. มีการกำหนดรูปแบบการติดตามและประเมินผล ของเขตสุขภาพ		

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

---



---



---

## ภาคผนวก

ค



แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. .... e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต	เลขสารบบอาหาร (13หลัก)	ผลการตรวจสอบสถานที่ผลิต (GMP)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าสถานที่ผลิตไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าผลิตภัณฑ์ไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผ่าน	ไม่ผ่าน		ผลิตภัณฑ์ที่ เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอ ผลวิเคราะห์		
					กรณีระบุมหาและ สาเหตุ/ปัญหา					

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด / 02-590-7216.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. .... e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต/ สถานที่จำหน่าย	เลขสารบอาหาร (13 หลัก)	จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าผลิตภัณฑ์ไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผลิตภัณฑ์ที่เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอผลวิเคราะห์		

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด / 02-590-7216.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. .... e-mail.....

วันที่รายงาน.....

เทอมที่	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการ รอผลวิเคราะห์ (รายการ)
2/2559			
1/2560			

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....นางสาวโชติณา เหล่าไพบุลย์ / 02-590-7206.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแปงมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. ....e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต	เลขสารบบอาหาร (13หลัก)	ผลการตรวจสถานที่ผลิต (GMP/PGMP แล้วแต่กรณี)		การดำเนินการ เมื่อพบว่า สถานที่ผลิตไม่ เป็นไปตาม กฎหมาย	จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าผลิตภัณฑ์ไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผ่าน	ไม่ผ่าน		ผลิตภัณฑ์ที่เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอ ผลวิเคราะห์		
					กรณีระบุมวลและ สาเหตุ/ปัญหา					

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด / 02-590-7216.....



แบบรายงานครัวเรือน : ร้อยละของน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด  
 ตรวจสอบโดย : นางสาวกัญญา วัฒนศิริ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....  
 ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. .... e-mail.....  
 วันที่รายงาน.....

ลำดับที่	ข้อมูลสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์				ข้อมูลน้ำมันวัตถุดิบ				พฤติกรรมการใช้น้ำมัน				ข้อมูลน้ำมันที่เข้ามา				จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)				การดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ		
	ชื่อสถานที่ผลิต	ผู้ได้รับอนุญาต/ ผู้ประกอบการ	ที่อยู่	ชนิดอาหารที่ใช้ น้ำมันทอด	เลขสารบอาหาร (ถ้ามี)	ชนิดของ น้ำมัน	เลขสารบอาหาร	แหล่งที่มาของ น้ำมัน	ปริมาณการซื้อโดย เฉลี่ยต่อครั้ง (ลิตร/ กิโลกรัม)	ระยะเวลาที่ใช้ ทอดต่อครั้ง	ลักษณะการ เปลี่ยนถ่าย น้ำมัน (1)	ความถี่ในการ เปลี่ยน (ครั้ง/ วัน)	เหตุผลที่ เปลี่ยน (2)	การกำจัด น้ำมัน (3)	แหล่งผู้รับซื้อ	ที่อยู่	วัตถุประสงค์การรับซื้อ	ปริมาณโดยเฉลี่ยต่อการ ขาย 1 ครั้ง (ลิตร/ กิโลกรัม)	วัตถุดิบน้ำมัน				น้ำมันขมทอด	
																			ผลิตภัณฑ์ที่เก็บ ทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอ ผลวิเคราะห์			ผลิตภัณฑ์ที่เก็บ ทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอ ผลวิเคราะห์

**หมายเหตุ** โปรดระบุพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหารและการกำจัดน้ำมัน ใช้วิธีสอบถามผู้จำหน่าย รายละเอียดดังนี้

- (1) ลักษณะการเปลี่ยนถ่ายน้ำมัน กำหนดให้ A1 เท่ากับ ไม่เปลี่ยนเลย / A2 เท่ากับ เปลี่ยนบางส่วน / A3 เท่ากับ เปลี่ยนใหม่ทั้งหมด
- (2) เหตุผลที่เปลี่ยน กำหนดให้ B1 เท่ากับ สภาพน้ำมันเปลี่ยน / B2 เท่ากับ สภาพอาหารเปลี่ยน / B3 เท่ากับ อื่นๆ โปรดระบุ
- (3) การกำจัดน้ำมัน กำหนดให้ C1 เท่ากับ เก็บรวบรวมน้ำมันไปใช้แล้วขายต่อ โปรดระบุขายต่อให้กับใครบ้าง / C2 เท่ากับ เก็บรวบรวมน้ำมันไปใช้แล้วนำทิ้งลงในบ่อสาธารณะและ  
 หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....นางสาววรรณกัญญา พูลสวัสดิ์ โทร. 0-2590-7214.....





## แบบฟอร์มรายงานตัวชีวิต

## จังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

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

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
	อาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ	3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ .....(ได้แก่ ระบบ NEHIS/ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ลักษณะอื่นๆ )
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐาน และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น ..... 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)
1.4 การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐาน และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	- อธิบายวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และระบุประเด็นที่ทำการเฝ้าระวังในพื้นที่ มีประเด็นอะไรบ้าง
1.5 มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล	มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง/ เตือนภัย นำเข้าที่ประชุม อสธจ. การใช้ข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น	- อธิบายวิธีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ว่าใช้ประโยชน์จากข้อมูลใด อย่างไร
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐาน และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น .....

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
		2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)
<b>2. กลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.)</b>		
2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	หน่วยงานมีกลุ่ม/ฝ่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มงานอื่นที่ได้รับมอบหมายงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือกฎหมายสาธารณสุข หรือมีคำสั่งมอบหมายให้รับผิดชอบงานฝ่ายเลขานุการ อสรจ.	กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด คือ.....
2.2 มีแผนการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีแผนการจัดประชุมฯ หรือโครงการที่แสดงถึงจำนวนครั้งการจัดประชุม กิจกรรม และงบประมาณการประชุม อสรจ. ที่เป็นปัจจุบัน	มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานการประชุม อสรจ. คือ.....
2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีการดำเนินการตามแผนการจัดประชุม หรือโครงการ ตามข้อ 2.2 จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี หรือตามความเหมาะสม	กำหนดแผนการจัดประชุม.....ครั้งต่อไป และสามารถดำเนินการจัดประชุมได้.....ครั้งต่อปี (อธิบายปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน)
2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นทั่วไป หรือ ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของพื้นที่ หรือ ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ หรือประเด็นข้อกฎหมาย	มีข้อมูลนำเข้าที่ประชุมในวาระเพื่อพิจารณาในรูปแบบของเอกสาร หรือไฟล์ข้อมูล ให้ที่ประชุมประกอบการพิจารณาเพื่อมีมติต่อประเด็นดังกล่าว โดยข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นปัญหาพื้นที่เสี่ยง หรือประเด็นตามนโยบาย หรือประเด็นกฎหมาย <u>ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</u> เช่น ประเด็นมลพิษฝอยติดเชื้อ มลพิษทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิภูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น <u>ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ</u> เช่น ประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
	<p>กลุ่มหลักคือ</p> <p>1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ชยะอิลเลทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาล้างแวล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)</p> <p><u>ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิภูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโพนบรรจุอาหาร เป็นต้น</p> <p><u>ประเด็นกฎหมาย</u> เช่น 1) การออกข้อกำหนดท้องถิ่น/ใบอนุญาต/หนังสือรับรองการแจ้ง/การออกคำสั่งทางปกครอง/การเปรียบเทียบและดำเนินคดี 2) การจัดการเหตุรำคาญ 3) หรือปัญหาข้อกฎหมาย เช่น การตีความ/อำนาจการบังคับใช้/อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น</p>	
2.5 มีมติและติดตามจากที่ประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	<p>1) มีมติจากที่ประชุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัด</p> <p>2) ฝ่ายเลขานุการ มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจากมติจากการประชุม</p>	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
2.6 มีการรายงานการประชุม	มีการสรุปรายงานผลการประชุม และส่งข้อมูลให้แก่ศูนย์อนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อสรุปในภาพรวมของศูนย์อนามัยต่อไปตามแบบฟอร์มของศกม. ให้แก่ศูนย์อนามัยฯ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
<b>3. การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน</b>		
3.1 มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการ	1) จังหวัดมีนโยบายหรือกำหนดตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
ส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน	2) มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
3.2 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1) มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนงาน 3) มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน เพื่อผลักดันการทำงานให้ได้ตามแผนงาน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.3 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	1) มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 2) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน 3) มีการทบทวนปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ	บุคลากรของหน่วยงานผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้	1) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม.....คน 2) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่อปท.และสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ จำนวน.....คน
3.5 มีการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน	อปท. ที่สมัครฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน	1) จำนวนอปท.ที่สมัครเข้ารับการประเมินฯ .....แห่ง 2) จำนวนอปท. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับพื้นฐาน .....แห่ง
3.6 มีการพัฒนายกระดับ	1) มีแผนในการลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กร	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -



ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
<p>มาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>ปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>2) ลงพื้นที่ที่ตรวจประเมินพัฒนากระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>3) มีการพัฒนากระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพแล้วเสร็จ อย่างน้อย 1 แห่ง</p>	
<p><b>4. จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย</b></p>		
<p>4.1 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข (ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535) ที่เป็นปัจจุบัน</p>	<p>มีการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้แบบฟอร์มการจดทะเบียนข้อมูลตามที่กำหนด โดยมีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการอื่นๆ) และมีฐานข้อมูลของสถานบริการการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของแหล่งกำเนิดมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด ประกอบด้วย รพ.สต. รพ.รัฐ สังกัดหน่วยงานอื่นๆ รพ.เอกชน คลินิกเอกชน รพ.สัตว์ คลินิกสัตว์ รวมทั้งมีข้อมูลบริษัทที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p>	<p>1) ฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีข้อมูล คือ .....</p>
<p>4.2 จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสรจ.</p>	<p>มีกลไกการดำเนินงานเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา มูลฝอยติดเชื้อของจังหวัด เช่น การใช้กลไก อสรจ. หรือกลไกอื่นๆ โดยต้องมีกลไกการประสานงานที่ชัดเจน เช่น มีการจัดประชุม การจัดทำ คณะทำงาน เป็นต้น</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
4.3 มีแผนและรายงานผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงาน ไปยังศูนย์อนามัยเพื่อรวบรวมข้อมูลระดับศูนย์ และส่งต่อให้ส่วนกลางต่อไป	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
<b>5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)</b>		
5.1 จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็ง	มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5.2 จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) อย่างน้อยตำบล ตำบลละ 1 ชุมชน	<p>1) สนับสนุนองค์ความรู้แก่อปท. ในการร่วมสร้างตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ</p> <p>2) ส่งเสริมให้เกิดแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้าน อวล. อย่างน้อย 1 คนต่อชุมชน</p> <p>3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้</p> <p>4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการ อวล. ของชุมชน</p> <p>5) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิภนมูลฝอย/ น้ำ /หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน</p>	<p>1) อธิบายวิธีการดำเนินงาน</p> <p>2) จำนวน รายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีการจัดการตัวเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>
5.3 จังหวัดมีตำบลที่มีมนวัตกรรมการชุมชนในการจัดการ	มีการดำเนินงานสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) และพัฒนาต่อยอดเป็น	ระบุวิธีการดำเนินงาน และรายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	ตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	เพื่อสุขภาพ
<b>6. การส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน ใน 36 จังหวัดพื้นที่เสี่ยง</b>		
6.1 สนับสนุนข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพให้กับหน่วยบริการสุขภาพ	มีการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ทุกระดับในพื้นที่ที่มีปัญหาลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รพศ./รพท. / รพช. /รพ.สต./ สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เช่น อสจ. /ทสจ./ อสจ. /อปท./ สถานประกอบการ ฯลฯ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนข้อมูลรายงานสถานการณ์ฯ เว็บไซต์/ อินทราเน็ต (Intranet) ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.2 สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพมีการสำรวจทางสุขภาพหรือ ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง หรือ เฝ้าระวังสุขภาพตามความจำเป็น	มีการสนับสนุน/มีส่วนร่วม เพื่อการสำรวจข้อมูลหรือตรวจคัดกรองสุขภาพ ในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงาน โดยการประชุมชี้แจง การให้องค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง การร่วมลงพื้นที่ เป็นต้น พร้อมทั้งมีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.3 บริหารจัดการให้มีการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หลักฐานในการสนับสนุน/มีส่วนในการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการดำเนินงาน มีการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ เอกสารความรู้ การจัดประชุมให้ความรู้ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนให้พื้นที่มีการจัดทำนวัตกรรม หรือ กระบวนการ หรือ รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.4 ประสาน สนับสนุนให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. /รพช. และ รพ.สต.	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การจัดประชุมชี้แจง การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย เพื่อให้ รพศ./รพท. รพช. และรพ.สต. เกิดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีระบบการคัดกรอง ส่ง	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -





ตัวชี้วัดที่ 61 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม  
สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา  
เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... วันที่รายงาน.....

ผู้รายงาน (นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

ลำดับ	รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	ผ่านเกณฑ์การให้บริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมฯ	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
รวม	แห่ง	แห่ง	
ร้อยละผ่านเกณฑ์ฯ		ร้อยละ.....	

## ตัวชี้วัดที่ 67 ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

## รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย

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

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตัวชี้วัดที่ 72 จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
1.การวางแผนพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ	5	แผนพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและ ศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับ บริการ		
	4	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	3	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	2	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	1	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		



องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ ได้
2.การสร้างความร่วมมือ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100		
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80		
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60		
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40		
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20		
3.การบริหารงบประมาณ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100		
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90		
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80		
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70		
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60		
4.การบริหารจัดการด้าน การผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของ เป้าหมาย		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ ได้
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย		
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย		
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย		
5. การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่าร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ ได้
		(จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		

ตัวชี้วัดที่ 73 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด: ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระดับบริการ.....ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....ผู้รวบรวมข้อมูล

1. ระดับปฐมภูมิ 2. ระดับทุติยภูมิ 3. ระดับตติยภูมิ 4. ระดับ Excellence 5. เขตเศรษฐกิจพิเศษ

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ต้องการพัฒนา(แผน)	จำนวนที่ได้รับการพัฒนา(ผล)	ร้อยละที่ได้รับพัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ	1.แพทย์			
	2.ทันตแพทย์			
	3.เภสัชกร			
	4.พยาบาล			
	5.นักเทคนิคการแพทย์			
	6.นักกายภาพบำบัด			
	7.นักวิชาการสาธารณสุข			
2.กลุ่มสหวิชาชีพ	8.นักรังสีการแพทย์			
	9.นักกิจกรรมบำบัด			
	10.นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา			
	11.นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย			
	12.นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
	13.นักฟิสิกส์รังสี			
	14.แพทย์แผนไทย			
	15.นักวิชาการทันตสาธารณสุข			
	16.นักโภชนาการ			
	17.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์			
	18.นักสังคมสงเคราะห์			
	19.นักวิชาการศึกษาพิเศษ			
	20.นักกายอุปกรณ์			
	21.นักวิชาการอาหารและยา			
3.บุคลากรสนับสนุน	22.เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข			
	23.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม			
	24.เจ้าพนักงานสาธารณสุข			
	25.เจ้าพนักงานเวชสถิติ			

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ต้องการ พัฒนา(แผน)	จำนวนที่ได้รับ การพัฒนา(ผล)	ร้อยละที่ได้รับ การพัฒนา
	26.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์			
	27.เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน			
	28.เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์			
4.บุคลากรสนับสนุน	1.นิติกร			
	2.นักทรัพยากรบุคคล			
	3.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี			
	4.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ			
	5.นักจัดการงานทั่วไป			
	6.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์			
	7.นักสถิติ			
	8.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา			
	9.เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์			
	10.เจ้าพนักงานธุรการ			
5.ผู้บริหาร	ระดับสูง			
	ระดับกลาง			
	ระดับต้น			
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>			

#### หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 5 เท่ากับร้อยละ 80-100

ระดับ 4 เท่ากับร้อยละ 60-80

ระดับ 3 เท่ากับร้อยละ 40-60

ระดับ 2 เท่ากับร้อยละ 20-40

ระดับ 1 เท่ากับร้อยละ ต่ำกว่าร้อยละ 20

**M**astery

**O**riginality

**P**eople-centered approach

**H**umility

**S**ervice mind

**K**nowledge

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
609 ม.2 ถนนสุวรรณศร ต.ท่าเกษม  
อ.เมืองสระแก้ว จ.สระแก้ว 27000  
โทร: 037 425 141-4 โทรสาร: ต่อ 100