

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)										
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน										
คำนิยาม	<p>การคลอดมาตรฐาน หมายถึง</p> <p>1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน</p> <p>2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง</p> <p>3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ ประกอบด้วย</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 การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด ตามเกณฑ์ (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)</p>										
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <p>- ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน</p> <p>- ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน</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>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	60	70	80	90	100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
60	70	80	90	100							

วัตถุประสงค์	มาตราที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยเฉพาะมาตราที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านสูติกรรมในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข และกรมการแพทย์			
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน			
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน			
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	60	-	60
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	70	-	70
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	80	-	80
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	90	-	90
ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	100	-	100

วิธีการประเมินผล :	1. เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นต้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย 2. ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์ (พ่วงไปกับการประเมินโรงพยาบาลสายใยรัก) 3. สรุปผลการประเมิน 4. คำนวณอัตราส่วนของสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน/สถานบริการสุขภาพของรัฐทั้งหมด																		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="581 659 763 835"> <tr> <td data-bbox="581 659 763 714">Baseline data</td> <td data-bbox="763 659 945 835" rowspan="2">หน่วยวัด</td> <td colspan="3" data-bbox="945 659 1494 714">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="581 714 763 768">NA</td> <td data-bbox="945 714 1127 768">2557</td> <td data-bbox="1127 714 1308 768">2558</td> <td data-bbox="1308 714 1494 768">2559</td> </tr> <tr> <td data-bbox="581 768 763 835">NA</td> <td data-bbox="763 768 945 835">NA</td> <td data-bbox="945 768 1127 835">NA</td> <td data-bbox="1127 768 1308 835">NA</td> <td data-bbox="1308 768 1494 835">NA</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			NA	2557	2558	2559	NA	NA	NA	NA	NA	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																	
NA		2557	2558	2559															
NA	NA	NA	NA	NA															
NA	2557	2558	2559																
NA	NA	NA	NA	NA															

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เกษม เสรีพรเจริญกุล หัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062988 โทรศัพท์มือถือ : 081-6945405 โทรสาร : 02-3548084 E-mail : kasem_saeree@yahoo.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com 2. นางจุฬารักษ์ สิงกลางพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-355-4866, 081-8424148 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : klangpol@yahoo.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสิริพร มนยฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062957 โทรศัพท์มือถือ : 085-7038850 โทรสาร : 02-2062957 E-mail : coeplus.rajavithi@gmail.com 2. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์				

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279</p>	<p>กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
--	---	---

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
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ 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
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้หน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. พัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	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"> พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (Web รายงานการตาย สนย.) สำรวจการตายมารดาโดยกรมอนามัย (แบบรายงาน CE) 				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โรงพยาบาล สำรวจการตายมารดาโดยกรมอนามัย (แบบรายงาน CE) 				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100,000				
ระยะเวลาประเมินผล	สำรวจทุก 2 ปี				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน		
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน		
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน		
วิธีการประเมินผล :	กรมอนามัย นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหาสัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย				
เอกสารสนับสนุน :	แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก1, แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆถ้ามี)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	31.2 (กรมอนามัย)	22.4 (ค่าคาดประมาณWHO)	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สรายุทธ บุญสุข หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็กกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904418 โทรศัพท์มือถือ : 081-908-1761 โทรสาร : 02-590-4427 Email: wutmd39ju@hotmail.com				

	<p>2. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-590-4425 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904427 E-mail : noi_55@hotmail.com</p> <p>กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-590-4425 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-590-4427 E-mail : noi_55@hotmail.com</p> <p>2. นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพทที่ทำงาน : 02-590-4438 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-590-4427 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย				
คำนิยาม	เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และมีพัฒนาการสมวัย คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึง แบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ใช้คัดกรองเด็กทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติ และดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรม พัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโต และส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย 2. เพื่อพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพทั้งในเรื่องการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ส่งเสริมพัฒนาการ และโรงเรียนพ่อแม่ 3. ส่งเสริมให้เกิดวางแผนการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วมประชารัฐ 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนทุกคน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสุขภาพทุกระดับ นำข้อมูลการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) ศูนย์เด็กเล็ก				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนในช่วงรณรงค์เดือนกรกฎาคมได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการปกติ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนในช่วงรณรงค์เดือนกรกฎาคมที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย เก็บรวบรวม สรุปรายภาพ เขตบริการ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 - 2564 :

บทบาทส่วนกลาง	บทบาทจังหวัด		
	รอบ 3,6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>กรมอนามัยและศูนย์อนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนำหลักการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กอายุ 0-2 ปีเชิงระบบ - พัฒนารูปแบบ คู่มือการให้ความรู้และทักษะพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ - พัฒนาด้านแบบมุม “เล่นตามรอยพระยุคลบาท” ใน WCC และลานเล่น “ตามรอยพระยุคลบาท” ในศูนย์เด็กเล็ก - พัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพให้น่าอ่าน เข้าใจง่าย ใช้สะดวก และจัดทำเป็น E-book - พัฒนาและปรับปรุงคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทใน WCC คุณภาพ - ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า - สนับสนุนระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก - ส่งเสริมการพัฒนาเด็กองค์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทใน WCC คุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือน และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า - รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30,42 เดือนในเดือนกรกฎาคม - จัดระบบส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อแก้ไขพัฒนาการ - ประชุม MCH board 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทใน WCC คุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือน และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า - มีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี - เด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนทุกคน ได้รับการประเมินพัฒนาการ

<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพทีมวิทยากร โรงเรียนพ่อแม่และนักส่งเสริม พัฒนาการเด็กเขตและจังหวัด - พัฒนามาตรฐานระบบบริการ อนามัยแม่และเด็กและคู่มือ การประเมินมาตรฐาน - สื่อสารความรู้ระดับบุคคล ด้วยการส่งข้อความสั้นแก่ หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้ เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ทุก เครือข่ายโทรศัพท์มือถือ ฟรี - การศึกษาสถานการณ์พัฒนา เด็กปฐมวัยครั้งที่ 6 (DENVER II) และพฤติกรรมเลี้ยงดู เด็กของครอบครัว - ตรวจสอบรายการ นิเทศ ติดตาม - สรุปผลการดำเนินงาน 	<p>รวมด้วยจัดทำแผนพัฒนา</p> <p>“ตำบลเด็กพัฒนาดีเริ่มที่นม</p> <p>แม่อย่ามีส่วนร่วม”</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาการและแนวทาง การแก้ไข - ประชุม MCH board ระดับจังหวัด - นิเทศ ติดตาม กำกับ 	<p>ระดับจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - นิเทศ ติดตาม กำกับ 	<p>เด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมข้อมูล สถานการณ์และแนว ทางแก้ไข - ประชุม MCH board ระดับเขต ระดับ จังหวัด - นิเทศ ติดตาม กำกับ 															
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>การตรวจราชการแต่ละจังหวัด นิเทศงานศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย</p>																	
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ 2. คู่มือวิทยากรโรงเรียนพ่อแม่ 3. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 4. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 																	
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">Baseline data</td> <td style="width: 20%;">หน่วยวัด</td> <td colspan="3" style="width: 60%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="width: 20%;">2557</td> <td style="width: 20%;">2558</td> <td style="width: 20%;">2559</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>85.01</td> <td>-</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2557	2558	2559		ร้อยละ	-	85.01	-		
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2557	2558	2559														
	ร้อยละ	-	85.01	-														
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์สรวิชัย บุญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904417 โทรสาร : 02-5904427 	<p>หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็กกรมอนามัย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9081761</p> <p>E-mail : wutmd39ju@hotmail.com</p>																

	<p>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร (รท.) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426 โทรศัพท์มือถือ : 085-6613064 โทรสาร : 02-5904427 E-mail : Jinpat2503@gmail.com</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2. กองแผนงาน กรมอนามัย ผ่านระบบ KISS</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904427 E-mail: noi_55@hotmail.com</p> <p>2. นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ญ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904438 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at
-------------------------	---

	Birth))				
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี				
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/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 เต็ม ถึง 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	1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ (Full Potential Growth)
--------------	---

	<p>2. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโลก ได้แก่ Global Nutrition Targets, SDG และ The Zero Hunger Challenge</p> <p>3. เพื่อให้เด็กมีระดับเซวอนปัญญาดี</p> <p>4. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานในวัยผู้ใหญ่</p> <p>5. เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค สุขภาพแข็งแรง</p> <p>6. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยทำงานและผู้สูงอายุ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม</p> <p>2) การสำรวจทุกๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี)</p> <p>2) หมู่บ้าน</p> <p>3) ศูนย์เด็กเล็ก</p>
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงสุดี่สมส่วน
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	<p>ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงสุดี่สมส่วน = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2/B2)$</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3/B3)$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>1) เด็กอายุ 0-5 ปี ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน</p> <p>2) สรุปรายการภาวะการเจริญเติบโตเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกๆ 3 ปี</p>

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศนโยบายเด็กปฐมวัย สูงดีสมส่วน - จัดทำและสนับสนุน เครื่องมือการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็ก สูงดีสมส่วน - ประชุมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทย สูงดีสมส่วนแก่เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย - จัดทำการสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 10 ของจังหวัดมีการ ถ่ายระดับเรื่องนโยบาย เด็ก ปฐมวัย สูงดีสมส่วนให้ หน่วยงานสาธารณสุขทุก ระดับและบุคลากร สาธารณสุขทุกคนรับทราบ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง ดีสมส่วน 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 20 ของ จังหวัดมีการถ่าย ระดับเรื่อง นโยบายเด็ก ปฐมวัยสูงดีสม ส่วนให้หน่วยงาน สาธารณสุขทุก ระดับและ บุคลากร สาธารณสุขทุกคน รับทราบ - ร้อยละ 10 ของ จังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริม เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน อย่าง น้อย ตำบลละ 1 แห่ง - สื่อสาร ความสำคัญของ เด็กสูงดีสมส่วน 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 30 ของจังหวัดมี การถ่ายระดับเรื่อง นโยบายเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนให้หน่วยงาน สาธารณสุขทุกระดับและ บุคลากรสาธารณสุขทุก คนรับทราบ - ร้อยละ 20 ของจังหวัด สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 51 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนเครื่องมือการ ดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดี สมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูง ดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 40 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสม ส่วน - ร้อยละ 30 ของจังหวัดสร้าง 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 50 ของ จังหวัดที่บุคลากร สาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคน รับทราบนโยบาย เด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วน 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วน - ร้อยละ 50 ของจังหวัด

<p>ดีสมส่วน</p>	<p>องค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูง ดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>- ร้อยละ 10 ของจังหวัดสร้าง ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสม ส่วนทุกอำเภอ</p> <p>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง ดีสมส่วน</p>	<p>- ร้อยละ 40 ของ จังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริม เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน อย่าง น้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>- ร้อยละ 20 ของ จังหวัดสร้าง ครอบครัวนัก โภชนาการ ส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงดีสม ส่วนทุกอำเภอ</p> <p>- สื่อสาร ความสำคัญของ เด็กสูงดีสมส่วน</p>	<p>สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>- ร้อยละ 30 ของจังหวัด สร้างครอบครัวนัก โภชนาการส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุก อำเภอ</p> <p>- สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงดีสมส่วน</p> <p>- ร้อยละ 54 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน</p>
-----------------	--	---	---

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>- สนับสนุนเครื่องมือการ ดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดี สมส่วน</p> <p>- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูง ดีสมส่วน</p> <p>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง ดีสมส่วน</p>	<p>- ร้อยละ 70 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสม ส่วน</p> <p>- ร้อยละ 60 ของจังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูง ดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>- ร้อยละ 40 ของจังหวัดสร้าง ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสม ส่วนทุกอำเภอ</p> <p>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง</p>	<p>- ร้อยละ 80 ของ จังหวัดที่บุคลากร สาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคน รับทราบนโยบาย เด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วน</p> <p>- ร้อยละ 70 ของ จังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริม เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน อย่าง น้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p>	<p>- ร้อยละ 90 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วน</p> <p>- ร้อยละ 80 ของจังหวัด สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่าง น้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>- ร้อยละ 60 ของจังหวัด สร้างครอบครัวนัก โภชนาการส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุก อำเภอ</p>

	<p>ดีสมส่วน</p>	<p>- ร้อยละ 50 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ</p> <p>- สื่อสาร</p> <p>ความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน</p>	<p>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน</p> <p>- ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน</p>
--	-----------------	--	---

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน</p> <p>- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน</p> <p>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน</p>	<p>- ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน</p> <p>- ร้อยละ 90 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>- ร้อยละ 70 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริม เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ</p> <p>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดี สมส่วน</p>	<p>- ร้อยละ 100 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>- ร้อยละ 80 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ</p> <p>- สื่อสาร</p> <p>ความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน</p>	<p>- ร้อยละ 90 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนทุกอำเภอ</p> <p>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน</p> <p>- ร้อยละ 60 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน</p>

	<p>2. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>3. นางสาวณัฐนิช อินทร์ชำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>4. นางสาวอารีญา กุโน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th</p> <p>นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : nattanit.i@anamai.mail.go.th</p> <p>นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : areeya.k@anamai.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงาน กรมอนามัย</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>2. นางสาวณัฐนิช อินทร์ชำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>3. นางสาวอารีญา กุโน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th</p> <p>นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : nattanit.i@anamai.mail.go.th</p> <p>นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : areeya.k@anamai.mail.go.th</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)										
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100										
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>คะแนนเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	-	-	-	-	คะแนนเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
-	-	-	-	คะแนนเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ										
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)										

รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	5 ปี ต่อ 1 ครั้ง				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
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	
	-	-	-	คะแนนเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย				
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - บทความพื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555 - รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	98.23

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 โทรสาร : 02-2488903 E-mail : ampornbenja@yahoo.com</p> <p>2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน				
คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปี เต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง 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 เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</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 14 ปี - เด็กชาย (เซนติเมตร) - เด็กหญิง (เซนติเมตร)					166 159
3. ภาวะเตี้ย					น้อยกว่า ร้อยละ 10
4. ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน					น้อยกว่า ร้อยละ 10
5. ภาวะผอม					น้อยกว่า ร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม				
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน				
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย				
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน				
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 14 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง				
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 14 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง				
รายการข้อมูล 7	A7 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน				
รายการข้อมูล 8	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
รายการข้อมูล 9	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 14 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด				
รายการข้อมูล 10	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 14 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = $(A1/B1) \times 100$ ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = $(A2/B1) \times 100$ ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = $(A3/B1) \times 100$ ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = $(A4/B1) \times 100$ ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 14 ปี = $(A5 / B2)$ ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 14 ปี = $(A6 / B3)$ ความครอบคลุม = $(A7/ B1) \times 100$				

ระยะเวลาประเมินผล	<p>วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ :</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
--------------------------	--

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีศ.64)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีศ. ศ.65) และ 4	ชั้นตอนที่ 5

วิธีการประเมินผล :	<p>ชั้นตอนที่ 1 จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัดโดย PM จังหวัด</p>
---------------------------	---

	<p>ขั้นตอนที่ 2 จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 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>ขั้นตอนที่ 4 จังหวัดมีการดำเนินการ ดังนี้</p> <p>4.1 การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)</p> <p>4.2 การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน</p> <p>4.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign 1) รอบคอดำ 2) นั้งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (service plan) คลินิก DPAC ติดตามและรายงานผล</p> <p>4.4 รายงานตามระบบ</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 จังหวัดมีรายงาน ดังนี้</p> <p>5.1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน</p> <p>5.2 จำนวนนักจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) (ครูข.) และแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Leader)</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน 2. หนังสือคู่มือการพัฒนาสู่องค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ 3. คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน 4. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC 5. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 6. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน

	7. แนวทางการจัดค่ายลดน้ำหนักกินพอดีไม่มีอ้วน 8. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 9. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 10. หนังสือข้อเสนอแนะการออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียน 11. แผ่นพับกินพอดี ไม่มีอ้วน 12. แผ่นพับผักผลไม้สีรุ้ง 13. แผ่นพับโตขึ้นหุ่นดีไม่มีอ้วน 14. แผ่นพับการออกกำลังกายสำหรับนักเรียน
--	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	-	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	-
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	64	ร้อยละ	-	64	63.9
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 5 ปี					
- ชาย	111	เซนติเมตร	-	-	-
- หญิง	109	เซนติเมตร			
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 14 ปี					
- ชาย	164	เซนติเมตร	-	-	-
- หญิง	157	เซนติเมตร			

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : 2. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง นักโภชนาการชำนาญการ

การดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
--------------	--

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))
-------------------------	---

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)													
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)													
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น													
ลักษณะ	Lagging Indicator													
ระดับการวัดผล	ประเทศ													
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	7. ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป													
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (โรงเรียนเทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนและสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น อดทนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิด หรือยอมรับผิด พร้อมทั้งจะพัฒนาตนเองไปสู่ความสำเร็จ โดยมีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงพร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า หมายถึง ค่าคะแนนที่บ่งบอกว่าเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป จากการประเมินด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 6-11 ปี (ฉบับย่อ)</p>													
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2560</th> <th>ปี 2561</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 70</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	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย 													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (โรงเรียนเทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนและสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ													
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือ													

	สูงกว่า				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	5 ปี ต่อ 1 ครั้ง				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
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	
	-	-	-	ร้อยละ 70	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า	ร้อยละ	79.9 (13 จังหวัด)	-	77.1

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล
--------------------------	---------------------------------	----------------------------

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-2488900 ต่อ70902, 70305 โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 โทรสาร : 02-2488903 E-mail : ampornbenja@yahoo.com 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัณฑ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัณฑ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at
--------------------------------	--

	Birth))										
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)										
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	จังหวัด										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	8. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)										
คำนิยาม	กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก										
เกณฑ์เป้าหมาย :											
	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 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 กระทรวง 2. สาธารณสุขระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.02)										
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ฟันดีไม่มีผุ										
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีทั่วประเทศ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง										
เกณฑ์การประเมิน : เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้งจึงไม่ควรประเมินรายไตรมาส											
ปี 2560 :											
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>52</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				52		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			52								
ปี 2561 :											
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>54</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				54		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			54								
ปี 2562 :											

ปี 2563 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				56
ปี 2564 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				58
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				60

วิธีการประเมินผล : เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ

เอกสารสนับสนุน : รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปีโดยสำนักทันตสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2544	2550	2555
	กลุ่มอายุ 12 ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	na	47.0	49.4
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางอมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904215 โทรศัพท์มือถือ : 081 7012350
โทรสาร: 02-5904203 E-mail : ammablue@gmail.com

2. นส.ณัฐมนันต์ ศรีทอง
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904216-7 โทรศัพท์มือถือ : 085 8066997
โทรสาร : - E-mail : dentdata@gmail.com

กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1. ทพญ. ปิยะดา ประเสริฐสม
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904212 โทรศัพท์มือถือ : 081-2529940
โทรสาร: 02-5904203 E-mail : pprasertsom@gmail.com

กรมอนามัย

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	9. ร้อยละการตั้งครกในหญิงอายุ 15 - 19 ปี			
คำนิยาม	การตั้งครกในหญิงอายุ 15 - 19 ปี หมายถึง จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	15	14.5	14	13.5
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 - 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีวิตในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 - 19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เด็กเกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีวิตจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีวิตโดยหญิงอายุ 15 - 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคลอดมีชีวิตทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลปีละ 1 ครั้ง			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	15	15	15	15
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	14.5	14.5	14.5	14.5
ปี 2562 :				

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	14	14	14	14	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	13.5	13.5	13.5	13.5	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	13	13	13	13	
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ที่ผ่านการตรวจสอบจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการประมวลผลย้อนหลัง ปีละ 1 ครั้ง				
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลจำนวนการเกิด และข้อมูลประชากรกลางปี จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15 - 19 ปี	ร้อยละ	15.77	14.91	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276 โทรสาร : 02-5904163 E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com 2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 โทรสาร : 02-5904163 E-mail : am-piyarat@hotmail.com กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลทุก 1 ปี				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 โทรสาร : 02-5904163 E-mail : am-piyarat@hotmail.com กรมอนามัย				
ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1.พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	10. ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ				
คำนิยาม	ประชาชนชนวัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี– 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม.				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	36	37	38	39	40
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงาน ให้มีสุขภาพดี				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนชนวัยทำงาน อายุ 18 ปี – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รพ.สต. และPCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และ ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC) 2) จากการสำรวจทุกๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงประชาชนชนวัยทำงาน ที่ เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด (ทำร่วมกับการสำรวจการบริโภคอาหารที่ เหมาะสม) 3) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย จากสำนักงานสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย (สสท.)				
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพช./รพ.สต. ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.) 2) ระบบคลังข้อมูล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 3) ระบบข้อมูล BRFSS สำนักโรคไม่ติดต่อ 4) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายสำนักงานสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย (สสท.) 5) จากการสำรวจโดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงประชาชนชนวัยทำงาน ของสำนัก โภชนาการ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	การตรวจราชการแต่ละจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 – 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	<u>ส่วนกลาง</u> - ประธานความร่วมมือกับ กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ ในการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงาน ผู้สูงอายุ สุขภาพดี โดยให้มีค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ - จัดทำและสนับสนุนคู่มือ/มาตรการดำเนินงานโภชนาการในกลุ่มวัยทำงาน และผู้สูงอายุ - ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย - จัดตั้งทีมนิเทศติดตามและประเมินผล	- ร้อยละ 60 จังหวัด ดำเนินงานตามแนวทาง/ มาตรการ	- ร้อยละ 80 จังหวัด ดำเนินงานตามแนวทาง/มาตรการ	- ร้อยละ 100 จังหวัด ดำเนินงานตามแนวทาง/มาตรการ	
วิธีการประเมินผล :	1) การตรวจราชการแต่ละจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย 2) การสุ่มสำรวจ ทุก 3 ปี				
เอกสารสนับสนุน :	1. โรคอ้วนลงพุง 2. พิกิตอ้วน พิกิตพุง 3. ดูแลหุ่นสวย ด้วยตนเอง 4. ขยับกักกิน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	39.64 (ปี 52 BMI ปกติ)	ร้อยละ	36.43	ไม่มี	ไม่มี

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางกุลพร สุขุมাত্রะกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>2. นางวสุนธรีย์ เสรีสุชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>3. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : kunpunk11@gmail.com</p> <p>นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : wasuntharee.s@anamai.mail.go.th</p> <p>นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591 E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงาน กรมอนามัย (ผ่านระบบ KISS)</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>กรมอนามัย</p>	<p>นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591 E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))														
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	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 จนพูดเป็นประโยค เช่น วิ่ง</p> <p>กิจกรรมทางกายเพียงพอ คือ การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ และ/หรือ กิจกรรมทางกายระดับหนัก อย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ 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>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 84</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	-	-	-	-	ร้อยละ 84
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
-	-	-	-	ร้อยละ 84											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี ลดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีร่างกายที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่และสูงอายุ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสอบถาม WHO Global Physical Activity Questionnaire: WHO GPAQ														
แหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ทั่วประเทศ														
รายการข้อมูล 1	A= กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ														
รายการข้อมูล 2	B= ประชากร														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 5 ปี														

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงาน กรมอนามัย	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.ฐิติกร โตโพธิ์ไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรสาร : 02-5904584 2. นางณัฐธิดา กิจสมมารถ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904585 โทรสาร : 02-5904584 กรมอนามัย	นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-3931693 E-mail : thitikorn.t@anamai.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 02-5904584 E-mail : nattaka.c@anamai.mail.go.th

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at
--------------------------------	--

	Birth))
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	12. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน มีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งตนเอง และรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในเรื่องดูแลสุขภาพ 5 กลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน</p> <p>มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย ๕ ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม แบ่งระดับมาตรฐาน เป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การพัฒนาที่มสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน) 2) การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา) 3) การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี) 4) ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก) 5) ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม) ที่มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ <p>มีตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 6 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

	<p>3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>4. มีบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care)จากสถานบริการชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ</p> <p>5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล</p> <p>6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)</p> <p>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์หมายถึงผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ● มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.
--	--

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 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
ระดับดีเยี่ยม	2,000 ตำบล	2,500 ตำบล	3,000 ตำบล	3,500 ตำบล	4,000 ตำบล

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น 2. ลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน 3. เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ 2) ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ 3) ตำบลทั่วประเทศ จำนวน 7,255 ตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) รายงานทาง E-mail หรือส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต 2) ศูนย์อนามัยที่ 1-13 รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบรายงาน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน 3) รายงานผ่านเว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) ศูนย์อนามัยเขตที่ 1-13 และ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว(Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้นไป
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนตำบลเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ = $(A/B) \times 100$ 2. ร้อยละของตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน = $(C/E) \times 100$ 3. จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว = D
ระยะเวลาประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ <ul style="list-style-type: none"> - ปีละ 2 ครั้ง โดยทีมนิเทศงานและตรวจราชการกระทรวง ,กรมอนามัย

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
ระดับดีขึ้นไป	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 35	ร้อยละ 70
ระดับดีเยี่ยม	-	500 ตำบล	1,000 ตำบล	2,000 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	-	800 ตำบล	1,500 ตำบล	2,500 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	-	800 ตำบล	1,500 ตำบล	3,000 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	-	1,000 ตำบล	1,800 ตำบล	3,500 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	-	1,000 ตำบล	2,000 ตำบล	4,000 ตำบล

วิธีการประเมินผล :

- 1) พื้นที่ประเมินตนเอง (self-Assessment) และรายงาน สสจ.
- 2) สสจ.ประเมิน และรายงานศูนย์อนามัยเขตกรมอนามัย
- 3) ศูนย์อนามัยเขต ประเมินและรายงานส่วนกลาง

เอกสารสนับสนุน :

- 1) คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care
- 2) คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ
- 3) คู่มือแนวทางการประเมิน ADL
- 4) คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดย
- 5) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
- 6) แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน
- 7) คู่มือวิทยากรที่เลี้ยงการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ
- 8) คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	13.43	27.0	38.5

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางอัญจิกา ชัชวาลยางกูร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน โทรศัพท์มือถือ : E-mail :
	2. นางสาวสุธาทิพย์ จันทร์รักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพ ภาคประชาชน โทรศัพท์มือถือ : E-mail :
	3. นางสาวรตี สงวนรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18710 โทรสาร :	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :
	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
	4. นางอรวรรณ อนันตรสุชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904504 โทรสาร : 02-5904500	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-454-3563 E-mail : orawannee.a@anamai.mail.go.th
5. นายภาสกร ชาญจิรวดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904504 โทรสาร : 02-5904500	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : @anamai.mail.go.th	
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย		

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy : HALE) ไม่น้อยกว่า 72 ปี
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	1.พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัด	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	13. ร้อยละของ Healthy Ageing
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายความว่าตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ ตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>Healthy Ageing หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลการคัดกรองสมรรถนะเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน</p> <p>การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน เป็นไปตามแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ - คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes - ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล

เกณฑ์เป้าหมาย : เพิ่มขึ้นหรือคงที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
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 สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามศักยภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์เฉพาะ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลที่ตรงปัญหา 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ 3. เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวัง คือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) ของประเทศในอนาคต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลด้วย Activity of Daily Living (ADL)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) ฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (โปรแกรม AGE APP) พัฒนาโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2) สรุปลผลการประเมิน ADL ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ ตำบล หมู่บ้านฯ 3) การจัดเก็บ รวบรวม ติดตามผล โดยสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักนิติเวชการแพทย์ กรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	ทั้งประเทศ / รายเขต / อำเภอ / ตำบล / รายบุคคล (ได้จากฐานข้อมูล โดยการตรวจราชการโดยสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักนิติเวชการแพทย์ กรมการแพทย์) หรือ การประเมินผลและติดตามคุณภาพข้อมูล, การนิเทศ, สุ่มสำรวจ (กรณีที่ยังไม่ได้รับข้อมูลจากการตรวจราชการ/นิเทศ)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Independent)
รายการข้อมูล 2	B = ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ในไตรมาสที่ 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัด กรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัด กรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัด กรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัด กรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62

ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรองร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรองครบถ้วน	สรุปผลอัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 63	
วิธีการประเมินผล :	1) เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นต้น/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย 2) ทีมสำรวจความก้าวหน้า/ยุทธวิธีในการดำเนินงาน 3) สรุปผลการประเมิน ADL ของผู้สูงอายุในพื้นที่(ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต) โดยใช้แบบการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังรายละเอียดปรากฏในคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 4) คำนวณอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน รายตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และส่งข้อมูลต่อยังสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำเป็นภาพรวมทั้งประเทศ 5) ตรวจสอบข้อมูล ผ่านระบบฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (AGE APP) พัฒนาโดยกรมการแพทย์				
เอกสารสนับสนุน :	1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 3. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) **ที่มา: 4 th National Health Examination survey, Thailand.	ร้อยละ	85.0		-
					**รอสรุปข้อมูลจากผลการตรวจราชการ

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-0248487 โทรศัพท์มือถือ : 086-7760768 โทรสาร : 02-5918279 Email : drprapun@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906255 โทรศัพท์มือถือ : 087-0904560 โทรสาร : 02-5918279 Email : piyanut.igm@hotmail.com</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p> <p>3. นายพินิจ เอ็บอิม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร. 02-5918277 โทรศัพท์มือถือ : 084-6811567 โทรสาร : 02-5918279 Email: piniterbim@gmail.com</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิติเวชการแพทย์ กรมการแพทย์ 3. สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ 4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านผู้สูงอายุ

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

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

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

.....

.....

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	14. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
คำนิยาม	<p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากร ให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้ออกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงาน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>จังหวัด ได้แก่ จังหวัดในประเทศไทย จำนวน 77 จังหวัด</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมายการดำเนินงาน				
		2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละ 80ของ จังหวัด มีศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถ ปฏิบัติงาน ได้จริง	ร้อยละ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

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

ปี 2560 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 80)

ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย

ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้

ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้

ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้

ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้

(ร้อยละ 80)

ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)

ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90)

ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)

ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิด

	จากโรคติดต่อได้															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดทุกจังหวัด															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด															
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$															
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 - ไตรมาส 4															
เกณฑ์การประเมิน :																
ปี 2560 - 2564 :																
	<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>ขั้นตอนที่ 1</td> <td>ขั้นตอนที่ 2 และ 3</td> <td>ขั้นตอนที่ 4</td> <td>ขั้นตอนที่ 5</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5													
วิธีการประเมินผล :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอนที่</th> <th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th> <th>เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด</td> <td>- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด</td> <td>- สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>สมาชิกทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน</td> <td>- รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรมการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด และมีการเริ่มปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่</td> <td>- มีรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - มีรายงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด</td> </tr> </tbody> </table>	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล	1	จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	2	จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด	- สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด	3	สมาชิกทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน	- รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรมการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน	4	การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด และมีการเริ่มปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่	- มีรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - มีรายงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล														
1	จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด														
2	จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด	- สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด														
3	สมาชิกทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน	- รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรมการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน														
4	การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด และมีการเริ่มปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่	- มีรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - มีรายงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด														

	จังหวัด				
5	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง			
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. น.พ.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901776 โทรสาร : 2. น.พ.เจษฎา ธนกิจเจริญกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 3. น.ส.ศินีนาถ กุลวางศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 4. น.ส.ประภาศรี สามใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร :		ผู้อำนวยการสำนักกระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kepidem@gmail.com นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jessajezzy@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Nuy_phnu@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Pat172012@gmail.com		

	<p>5. นายวัชรพล สีนอ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793</p> <p>โทรสาร :</p> <p>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : k._jung@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. น.พ.เจษฎา ธนกิจเจริญกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793</p> <p>โทรสาร :</p> <p>2. น.ส.ประภาศรี สามใจ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793</p> <p>โทรสาร :</p> <p>3. น.ส.วัชรารณ ยุบลเขต</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793</p> <p>โทรสาร :</p> <p>4. น.ส.วรรณิ ศรีสุข</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793</p> <p>โทรสาร :</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : jessajezzy@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : Pat172012@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : aun-aun-@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : ta-liw-o@hotmail.com</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	15. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ ดังนี้</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่ผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้</p> <p>2.1 ใหม่เสมหะพบเชื้อ (New M+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นพบเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้ง</p> <p>2.2 ใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (New M-) หมายถึง</p> <p>2.2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด</p> <p>2.2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ผล Culture พบเชื้อวัณโรค หรือวิธีอื่นๆ ที่สามารถระบุเชื้อ M. tuberculosis ได้</p> <p>2.3 ไม่มีผลเสมหะ/ ไม่ได้ตรวจ (New Smear not done) หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายที่มี อาการหนักและไม่สามารถเก็บเสมหะตรวจได้หรือไม่มีการตรวจเสมหะหรือในผู้ป่วยเด็กเล็ก ที่ขากเสมหะส่งตรวจไม่ได้</p> <p>2.4 ใหม่วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่เนื้อปอด</p> <p>3. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกและได้รับการประเมินในการรักษาครั้งล่าสุดว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้ว แต่กลับมาได้รับการ</p>

	วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคอีก				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูลเลือก 1 วิธี จากแนวทางดังนี้ 1.แบบฟอร์ม TB08 ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรมTBCM) และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้สำนักวัณโรครวบรวมและรายงานในระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณโรค (www.tbthailand.org/data) เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข 2.แบบฟอร์ม TB08 ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้สำนักวัณโรครวบรวมและรายงานในระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณโรค (www.tbthailand.org/data) เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	แบบฟอร์ม TB08 และ ระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณโรค (www.tbthailand.org/data)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 หรือ ไตรมาส 3				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	

วิธีการประเมินผล :	เกณฑ์การให้คะแนน :
--------------------	--------------------

	<p>ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้</p> <table border="1" data-bbox="568 300 1507 422"> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> <tr> <td>≤81</td> <td>82</td> <td>83</td> <td>84</td> <td>≥85</td> </tr> </table>					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	≤81	82	83	84	≥85
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
≤81	82	83	84	≥85											
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2.แบบฟอร์ม TB08 3.ระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณโรค (www.tbthailand.org/data)														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. <table border="1" data-bbox="946 646 1507 947"> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> <tr> <td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค</td> <td>ร้อยละ</td> <td>81.4</td> <td>80.4</td> <td>ยังไม่ครบกำหนดการประเมินและรายงาน</td> </tr> </table>			2557	2558	2559	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค	ร้อยละ	81.4	80.4	ยังไม่ครบกำหนดการประเมินและรายงาน		
2557	2558	2559													
อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค	ร้อยละ	81.4	80.4	ยังไม่ครบกำหนดการประเมินและรายงาน											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0" data-bbox="527 947 1549 1507"> <tr> <td data-bbox="527 947 1015 1115"> 1. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935 </td> <td data-bbox="1015 947 1549 1115"> ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chawetsan@yahoo.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="527 1115 1015 1283"> 2. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935 </td> <td data-bbox="1015 1115 1549 1283"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645 E-mail : ssthaitb@yahoo.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="527 1283 1015 1451"> 3. นายจิววัฒน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935 </td> <td data-bbox="1015 1283 1549 1451"> นักวิชาการสถิติชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-5539560 E-mail : jivbtb@gmail.com </td> </tr> </table> <p>กรมควบคุมโรค</p>					1. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chawetsan@yahoo.com	2. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645 E-mail : ssthaitb@yahoo.com	3. นายจิววัฒน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสถิติชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-5539560 E-mail : jivbtb@gmail.com				
1. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chawetsan@yahoo.com														
2. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645 E-mail : ssthaitb@yahoo.com														
3. นายจิววัฒน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสถิติชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-5539560 E-mail : jivbtb@gmail.com														
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค														
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<table border="0" data-bbox="527 1675 1549 1892"> <tr> <td data-bbox="527 1675 1015 1843"> 1. นายจิววัฒน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935 </td> <td data-bbox="1015 1675 1549 1843"> นักวิชาการสถิติชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-5539560 E-mail : jivbtb@gmail.com </td> </tr> </table> <p>กรมควบคุมโรค</p>					1. นายจิววัฒน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสถิติชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-5539560 E-mail : jivbtb@gmail.com								
1. นายจิววัฒน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสถิติชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-5539560 E-mail : jivbtb@gmail.com														

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

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่เป็นคนไทย
ไม่ใช้ไทย และเรือนจำ 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

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ										
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	จังหวัด										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	16. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก										
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรวมถึงสาวประเภทสอง (MSM&TG) กลุ่มพนักงานบริการ(SW) กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด(PWID)</p> <p>2. เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง การให้บริการป้องกันที่มีผู้ให้บริการ โดย(1)ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3)ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media) (4)มารับบริการเอง หรือนัดหมายจากหน่วยบริการ ซึ่งได้รับบริการครบทั้ง 4 ข้อ ได้แก่</p> <p>1) ได้รับข้อมูลการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจากการใช้ยา(สำหรับPWID)</p> <p>2) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น(สำหรับ MSM ,SW)และอุปกรณ์ฉีดปลอดเชื้อสำหรับ PWID)</p> <p>3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี ,STIและการรักษาด้วยสารทดแมน/เมทาโดน (สำหรับPWID)</p> <p>4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดย มีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC(Unique Identifier Code) กรณีที่เข้าถึงบริการโดย ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ ไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3ข้อ ได้แก่ 1)ม3)และ4) เท่านั้น</p> <p>บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง บริการที่ได้รับจาก สถานพยาบาลภาครัฐ และ หรือ จากหน่วยงานภาคประชาสังคม</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย											
	<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>85</td> <td>87</td> <td>90</td> <td>92</td> <td>94</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	85	87	90	92	94
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
85	87	90	92	94							
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานว่าสามารถทำให้กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันเอชไอวี และ STI ได้ครอบคลุมอย่างน้อยเพียงใด										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชากรหลัก ซึ่งหมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรวมถึงสาวประเภทสอง (MSM)กลุ่มพนักงานบริการ(SW) กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด(PWID)										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูล เข้าสู่ระบบ RIHIS -online		
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูล RIHIS จากสำนักโรคเอดส์ และการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากสำนักระบาดวิทยา&ศบ.จอ. กรมควบคุมโรค		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จำแนกรายกลุ่มประชากร (จำนวน MSM &TG ,SW,PWID)รายจังหวัด		
รายการข้อมูล 2	B = คาดประมาณจำนวนประชากรของกลุ่มประชากรหลัก รายจังหวัด ของแต่ละกลุ่มประชากร		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ : จำนวนกลุ่มประชากรหลัก ๆ ในสูตร ทั้งตัวตั้ง และตัวหาร หมายถึง ใช้ข้อมูลที่เป็นผลรวมของ MSM&TG + SW + PWID		
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 80 %
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 85%
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 87%
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 90%
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 94%
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจาก ผลการดำเนินงาน บรรลุตามเป้าหมายที่เกณฑ์ตั้งไว้ในแต่ละปีหรือไม่ โดยมีเกณฑ์ คะแนน ตามผลการดำเนินงาน โดยให้แต่ละจังหวัด รายงานผลการดำเนินงาน จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้เข้าถึงบริการป้องกัน จำแนกรายกลุ่มประชากร		

เอกสารสนับสนุน	<p>1.ข้อมูล จำนวน.กลุ่มประชากรหลัก ที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS จำแนกรายกลุ่มประชากร</p> <p>2.ข้อมูล การคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก จำแนกรายกลุ่มประชากร</p>																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th>หน่วยวัด</th> <th>Baseline data</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>53</td> </tr> </table>		หน่วยวัด	Baseline data	ร้อยละ	53	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> <tr> <td>61</td> <td>65</td> <td>-</td> </tr> </table>			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	61	65	-
หน่วยวัด	Baseline data																	
ร้อยละ	53																	
ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
2557	2558	2559																
61	65	-																
เกณฑ์การให้คะแนน																		
<table border="1"> <tr> <th>ผลงานรายปี ปี2560</th> <th>ได้ 1 คะแนน</th> <th>ได้ 2 คะแนน</th> <th>ได้ 3 คะแนน</th> <th>ได้ 4 คะแนน</th> <th>ได้ 5 คะแนน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>76</td> <td>78</td> <td>80</td> <td>82</td> <td>84</td> </tr> </table>						ผลงานรายปี ปี2560	ได้ 1 คะแนน	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน	ได้ 4 คะแนน	ได้ 5 คะแนน	ร้อยละ	76	78	80	82	84	
ผลงานรายปี ปี2560	ได้ 1 คะแนน	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน	ได้ 4 คะแนน	ได้ 5 คะแนน													
ร้อยละ	76	78	80	82	84													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>1. นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : taweemap@rocketmail.com</p> <p>2. นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณี ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : sumet_0@hotmail.com</p>																	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางนาถดา ประสงค์ศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903084 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : potisi2002@yahoo.com</p> <p>กองแผนงาน กรมควบคุมโรค</p>																	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) กรมควบคุมโรค</p>																	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. คุณเพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903208 โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 โทรสาร : 02-5918413 E-mail : pensri43@hotmail.com</p> <p>สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค</p> <p>2. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-3828 โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 โทรสาร : 02-9659153 E-mail : itimpornt@yahoo.com</p> <p>ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค</p>																	

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ										
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	จังหวัด										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	17. ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ										
คำนิยาม	1. มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระในประชาชน 15 ปีขึ้นไป โดยต้องผ่านการคัดกรองด้วยวาจาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ 2. ประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษา และติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม										
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 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 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80							
วัตถุประสงค์	เพื่อคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเป้าหมาย มีการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชน 129,200 ราย ในพื้นที่ 27 จังหวัดเสี่ยงสูง 84 อำเภอ 190 ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 6 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด (เขตพื้นที่สุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และลงทะเบียนข้อมูลในโปรแกรม Isan-cohort										
แหล่งข้อมูล	1. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ข้อมูลจาก...สคร. (1, 6, 7, 8, 9, 10) 2. จำนวนตำบลเป้าหมาย 190 ตำบล ใช้ข้อมูลจาก...สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (27 จังหวัด) 3. ฐานข้อมูล Isan-cohort คือโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย 190 ตำบล										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง										

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 : เป้าหมาย 190 ตำบล

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 10	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

ปี 2561 : เป้าหมาย 1,000 ตำบล

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 10	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

ปี 2562 : เป้าหมาย 2,300 ตำบล

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 10	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

ปี 2563 : เป้าหมาย 3,329 ตำบล

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 10	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

ปี 2564 : เป้าหมาย 3,329 ตำบล (ติดตามผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 10	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

1. ความก้าวหน้าในการดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ
2. ความก้าวหน้าในการดำเนินการรักษาและติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารสนับสนุน :

1. แผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” พ.ศ. 2559- 2568
 2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ
- (เอกสารสามารถ Download ได้จาก website สำนักโรคติดต่อทั่วไป)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
-	-	-	-	84 ตำบล (76,000 ราย)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายอัมภัส วิเศษโมรา
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918437 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5918436 E-mail : tao_ampas@hotmail.com
กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนอนพยาธิ

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางอรนาถ วัฒนวงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918437 โทรสาร : 02-5918436</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jobthelwg1@yahoo.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางอรนาถ วัฒนวงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918437 โทรสาร : 02-5918436 กรมควบคุมโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jobthelwg1@yahoo.com</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ										
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	จังหวัด										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)										
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)										
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>≥90%</td> <td>≥90%</td> <td>≥90%</td> <td>≥90%</td> <td>≥90%</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%							
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3)										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานผลการคัดกรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค										
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3) ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3)										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง										

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ 90%

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ 90%

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ 90%

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ 90%

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ 90%

วิธีการประเมินผล :

การรายงานผลการคัดกรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
2. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)
3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	-	-	73.30 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พ.ค.2559 จากการติดตามผลการดำเนินงานของสคร1-12)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สัญญาชัย ชาสมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร :</p> <p>2. แพทย์หญิงจุกฤษพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร :</p> <p>3. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรสาร :</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>		รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : drsanchai@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974 โทรสาร : 02-5903972</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>		โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ncdplan@gmail.com		

แบบรายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง

สถานบริการ อำเภอ.....จังหวัด ข้อมูลการประเมินเดือน.....ถึงเดือน.....

สถานบริการ	จำนวนผู้ป่วย DM/HT ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการ	จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมิน CVD Risk	คิดเป็นร้อยละ	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงจำแนกกลุ่มตามความเสี่ยง					
				จำนวนกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (<20%)	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูง (20-<30%)	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (≥30%)	คิดเป็นร้อยละ
รวม									

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี				
คำนิยาม	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้น ที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ				
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน					
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	≤ 5.0	≤ 4.5	≤ 4.0	≤ 3.5	≤ 3.0
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของ กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. สถานบริการบันทึกข้อมูลการตายในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของ กระทรวงมหาดไทย 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 : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	≤ 643 คน	≤ 631 คน	≤ 617 คน	≤ 600 คน	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	≤ 587 คน	≤ 574 คน	≤ 558 คน	≤ 540 คน	

ปี 2562 :		<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>≤ 527 คน</td> <td>≤ 514 คน</td> <td>≤ 498 คน</td> <td>≤ 480 คน</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 527 คน	≤ 514 คน	≤ 498 คน	≤ 480 คน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
≤ 527 คน	≤ 514 คน	≤ 498 คน	≤ 480 คน														
ปี 2563 :		<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>≤ 467 คน</td> <td>≤ 454 คน</td> <td>≤ 438 คน</td> <td>≤ 420 คน</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 467 คน	≤ 454 คน	≤ 438 คน	≤ 420 คน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
≤ 467 คน	≤ 454 คน	≤ 438 คน	≤ 420 คน														
ปี 2564 :		<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>≤ 407 คน</td> <td>≤ 394 คน</td> <td>≤ 378 คน</td> <td>≤ 360 คน</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 407 คน	≤ 394 คน	≤ 378 คน	≤ 360 คน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
≤ 407 คน	≤ 394 คน	≤ 378 คน	≤ 360 คน														
วิธีการประเมินผล :	<p>ส่วนกลาง ให้คะแนนโดยดูจากอัตราตายจากการจมน้ำในปี พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>อัตรา</td> <td>>5.6 - 5.8</td> <td>>5.4 - 5.6</td> <td>>5.2 - 5.4</td> <td>>5.0 - 5.2</td> <td>≤5.0</td> </tr> </table>					คะแนน	1	2	3	4	5	อัตรา	>5.6 - 5.8	>5.4 - 5.6	>5.2 - 5.4	>5.0 - 5.2	≤5.0
คะแนน	1	2	3	4	5												
อัตรา	>5.6 - 5.8	>5.4 - 5.6	>5.2 - 5.4	>5.0 - 5.2	≤5.0												
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานการณ์การป้องกันเด็กจมน้ำ 2. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน 3. สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเด็กจมน้ำ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ (www.thaincd.com) 																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
			2557	2558	2559												
	5.9	อัตราต่อประชากรเด็กแสนคน	6.8	5.9	-												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสุชาดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail : jew_suchada@hotmail.com 2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519 โทรสาร : E-mail : som_atat@yahoo.com <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>																
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1. นางสุชาดา เกิดมงคลการ																

การดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-590 3967	โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476
	โทรสาร : 2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ	E-mail: jew_suchada@hotmail.com
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3967	โทรศัพท์มือถือ : 089-130 3519
	โทรสาร : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	E-mail: som_atat@yahoo.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	ประเทศ																															
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน																															
คำนิยาม	<p>อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงช็อกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ 5 ปี (ปี 2554 - 2558) แนวโน้มยังคงดี มีเวลาที่จะดำเนินการอีก 5 ปี เท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดให้ได้ร้อยละ 50 ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ 7 - 8 ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษฯ หรือคิดเป็นลดลงปีละ 2 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี 2554 เป็นค่า ตั้งต้น รายละเอียดเป้าหมาย และกำหนดให้ปี 2564 ไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>ดังตาราง</p> <table border="1" data-bbox="548 1255 1507 1381"> <thead> <tr> <th>ปี54</th> <th>ปี55</th> <th>ปี56</th> <th>ปี57</th> <th>ปี58</th> <th>ปี59</th> <th>ปี60</th> <th>ปี61</th> <th>ปี62</th> <th>ปี63</th> <th>ปี64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22</td> <td>22</td> <td>22</td> <td>20</td> <td>18</td> <td>16</td> <td>14</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>11</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>										ปี54	ปี55	ปี56	ปี57	ปี58	ปี59	ปี60	ปี61	ปี62	ปี63	ปี64	22	22	22	20	18	16	14	13	12	11	10
ปี54	ปี55	ปี56	ปี57	ปี58	ปี59	ปี60	ปี61	ปี62	ปี63	ปี64																						
22	22	22	20	18	16	14	13	12	11	10																						
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" data-bbox="240 1438 1458 1612"> <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 14 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>										ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน												
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																												
ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน																												
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน																															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ																															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด สำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																															
แหล่งข้อมูล	จากสำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมจากข้อมูลการตาย																															

	ฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบ (verify) กับหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด (V01-V89)										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง										
เกณฑ์การประเมิน :											
ปี 2560-2564 : จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน											
	<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>9,949</td> <td>8,982</td> <td>8,015</td> <td>7,047</td> <td>6,656</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	9,949	8,982	8,015	7,047	6,656
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564							
9,949	8,982	8,015	7,047	6,656							
ปี 2560 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 28% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 14 ประชากรแสนคน											
	<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>2,493</td> <td>5,191</td> <td>7,710</td> <td>9,949</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	2,493	5,191	7,710	9,949		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
2,493	5,191	7,710	9,949								
ปี 2561 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 35% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 13 ประชากรแสนคน											
	<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>2,250</td> <td>4,687</td> <td>6,960</td> <td>8,982</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	2,250	4,687	6,960	8,982		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
2,250	4,687	6,960	8,982								
ปี 2562 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 42% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 12 ประชากรแสนคน											
	<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>2,008</td> <td>4,182</td> <td>6,211</td> <td>8,015</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	2,008	4,182	6,211	8,015		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
2,008	4,182	6,211	8,015								
ปี 2563 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 49% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 11 ประชากรแสนคน											
	<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>1,766</td> <td>3,677</td> <td>5,461</td> <td>7,047</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1,766	3,677	5,461	7,047		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
1,766	3,677	5,461	7,047								
วิธีการประเมินผล :	คำนวณอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูลเฉลี่ยปี 2553-2555										
แนวทางการดำเนินงาน:	แนวทางการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนใน 4 ด้าน ดังนี้										

	<ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านการจัดการข้อมูล ได้แก่ การบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน, การสอบสวนสาเหตุ การบาดเจ็บ และการนำข้อมูลไปขับเคลื่อนที่มีมาตรการและประเมินผล 2) ด้านการป้องกัน ได้แก่ การชี้เป้าและการจัดการจุดเสี่ยง การขับเคลื่อนในระดับอำเภอผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (DHS/DC), การสร้างมาตรการชุมชน/ตำบลชุมชน มาตรการองค์กร และมาตรการอื่นๆ 3) ด้านการรักษาและตอบสนองหลังเกิดเหตุ ได้แก่ การพัฒนา ER/EMS, Trauma Fast tract 4) ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การจัดตั้ง Trauma Admin Unit, การจัดตั้ง EOC RTI 													
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2558 - รายงานผลการศึกษาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัดเพื่อหาโอกาสพัฒนา (โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน) ปี 2556 - สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ (www.thaincd.com) 													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="570 919 1484 1241"> <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>21.86 ค่ามัธยฐาน 3 ปี (ปี53-55)</td> <td>จำนวน (ต่อประชากร แสนคน)</td> <td>12,901 ราย (19.96)</td> <td>11,567 ราย (17.81)</td> <td>เป้าหมาย ไม่เกิน 16 ต่อประชากร แสนคน</td> </tr> </tbody> </table> <p>ที่มา : ข้อมูลฐานมรณบัตรที่ยังไม่ผ่านการ verify กับหนังสือรับรองการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	21.86 ค่ามัธยฐาน 3 ปี (ปี53-55)	จำนวน (ต่อประชากร แสนคน)	12,901 ราย (19.96)	11,567 ราย (17.81)	เป้าหมาย ไม่เกิน 16 ต่อประชากร แสนคน
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2557	2558	2559										
21.86 ค่ามัธยฐาน 3 ปี (ปี53-55)	จำนวน (ต่อประชากร แสนคน)	12,901 ราย (19.96)	11,567 ราย (17.81)	เป้าหมาย ไม่เกิน 16 ต่อประชากร แสนคน										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com 2. นายแพทย์ไพฑูริ์ สิงห์คำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-3967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7990825 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : zalenxxx@gmail.com 3. ดร.ขจรศักดิ์ จันทร์พานิชย์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 084-6724678 													

	โทรสาร : 02-5903968 E-mail : khajohn_j@hotmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	21. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ (ร้อยละ)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) ผู้ป่วยรายใหม่จากโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน ในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.25	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.5	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.75	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1.25
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง 2. เพื่อลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทุกกลุ่มอายุ ก่อนปีงบประมาณที่วิเคราะห์ (ใช้ตัวเต็ม)				
รายการข้อมูล 2	B = อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ (ใช้ตัวเต็ม)				
รายการข้อมูล 3	C = อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน ทุกกลุ่มอายุ ก่อนปีงบประมาณที่วิเคราะห์ (ใช้ตัวเต็ม)				
รายการข้อมูล 4	D = อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน ทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ (ใช้ตัวเต็ม)				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	$((A - B)/A) \times 100$							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	$((C - D)/C) \times 100$							
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี (ปีงบประมาณ)							
เกณฑ์การประเมิน : วัดผลลัพธ์อัตราผู้ป่วยรายใหม่โดยประเมินผลปีละ 1 ครั้ง ในรอบ 12เดือน								
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>อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.25</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.25
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
-	-	-	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.25					
ปี 2561 :								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.5</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.5
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
-	-	-	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.5					
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>-</td> <td>-</td> <td>อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.75</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.75
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
-	-	-	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 0.75					
ปี 2563 :								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
-	-	-	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1					
ปี 2564 :								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					

	-	-	-	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ลดลงร้อยละ 1.25	
วิธีการประเมินผล :	- วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง - วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน				
เอกสารสนับสนุน :	- คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราการเพิ่มของผู้ป่วย (โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน) รายใหม่ลดลง	ต่อประชากรแสนคน	-	-	-
	ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์โดย : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์สัญญาชัย ชาสสมบัติ		รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982		โทรศัพท์มือถือ : E-mail : drsanchai@gmail.com		
	โทรสาร :				
	2.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ		ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985		โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@gmail.com		
	โทรสาร :				
	3.แพทย์หญิงสุนิษา วัชรสินธุ์		ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903965		โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com		
	โทรสาร :				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974		โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387		

	โทรศัพท์ : 02-5903972 กรมควบคุมโรค	E-mail : ncdplan@gmail.com
--	---------------------------------------	----------------------------

ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy : HALE)
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	22. 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 หรือในรูปอื่น ๆ 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 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 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80											
หมายเหตุ :	เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80 ในแต่ละปี จะมีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์อาหารในการวัด														
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในประเทศ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการตามรายละเอียดเอกสาร KPI template ประเด็นย่อย 28.1-28.8 โดยรายงานผลการดำเนินงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารตามช่องทางที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด														

แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : เขตบริการสุขภาพ โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี</p>
-------------	---

รายการข้อมูล 1	A=จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ผลวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่เก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 - 2564 :				
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> แผนการดำเนินงาน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวม 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวม 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวม 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวม สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวม ประสานและจัดส่งข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เขตบริการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> แผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับเขต ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของแผน ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ร้อยละ 100 ของแผน ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ประสานและจัดส่งข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> แผนบูรณาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตลอดห่วงโซ่ระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของแผน รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ร้อยละ 100 ของแผน รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
วิธีการประเมินผล :	การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) และห้องปฏิบัติการแล้วแต่กรณี			
เอกสารสนับสนุน :	เอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 28.1-28.8			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			1. อาหารสด		-
1.1 ผักผลไม้สด*	ร้อยละ	96.91	97.82	97.52	
1.2 เนื้อสัตว์สด*	ร้อยละ	98.47	95.51	92.94	
2. อาหารแปรรูป					
2.1 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ร้อยละ	-	-	-	
2.2 ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์	ร้อยละ	59.46	67.08	68.36	
2.3 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ร้อยละ	67.31	84.21	66.70	
2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.86	92.28	91.07	
2.5 ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ ผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/เกี๊ยว ขนมจีน)	ร้อยละ	76.04	67.68	71.25	
2.6 น้ำมัน*	ร้อยละ	89.14	84.60	76.82	
หมายเหตุ: *ผลการดำเนินงานโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1614 โทรศัพท์มือถือ : 081-8579535 โทรสาร : 02-590-1614 E-mail : privaxma@hotmail.com สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>2. นายวันชัย ศรีทองคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7216 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-5462 E-mail : wanchai@fda.moph.go.th สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นางนิริวดี บัตรพรธนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1614 โทรศัพท์มือถือ : 093-329-6998 โทรสาร : 02-590-1614 E-mail : pattanastar@hotmail.com สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>2. นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7214 โทรศัพท์มือถือ : 087-338-9303 โทรสาร : 02-590-7322 E-mail : planning.food@gmail.com</p>				

	<p>3. นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7214 โทรศัพท์มือถือ : 086-691-4195 โทรสาร : 02-590-7322 E-mail : planning.food@gmail.com สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย) เฉพาะผลงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร 2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. น.ส.จิตธาดา แซ่เจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กลุ่มติดตามประเมินผล กองแผนงานและ วิชาการ)</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่	1. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	23. ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง				
คำนิยาม	พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง หมายถึง พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการเลือกซื้อ เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดโรค โดยขึ้นกับเรื่องที่รณรงค์ตามแผนงานและโครงการในแต่ละปี ซึ่งจะเป็นการประเมินจากแบบสำรวจพฤติกรรมที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีแผนงาน/โครงการ ดำเนินกิจกรรม (ในระยะ 5 ปี แรก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการกับกลุ่มผู้บริโภคที่มีอายุตั้งแต่ 11 – 60 ปีขึ้นไป)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจ				
แหล่งข้อมูล	จัดจ้างหน่วยงาน/สถาบันการศึกษา เป็นผู้ดำเนินการสำรวจ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้บริโภคที่สำรวจทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	5 ปี 1 ครั้ง				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 20	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 50	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 70	ประเมินผลผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดี ร้อยละ 70	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้	ประเมินผลผู้บริโภคมี	

	กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายศุภกาญจน์ โภคัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25907125 โทรสาร : 0-25918472	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6829114 E-mail : supakarn@fda.moph.go.th
	กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่	2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. 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 ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นในปากหรือจุมกหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน</p> <p>ความชุกของผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ร้อยละของจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่ ในช่วงระยะเวลา 1 ปี</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>18</td> <td>17.5</td> <td>17</td> <td>16.5</td> <td>16</td> </tr> </tbody> </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"> ลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เพื่อลดการบริโภคยาสูบของประชากรไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD ของประชากรวัยทำงานในปัจจุบัน 														
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	จากการสำรวจ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ/การสำรวจ ทุก ๒ 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)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5	ไม่เพิ่มขึ้น จากปี 2558	ลดลง ร้อยละ 5	ลดลง ร้อยละ 10

แนวทางการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ

1. บูรณาแผนงานโครงการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดและมีการจัดตั้งหรือบูรณาการ คณะอนุกรรมการ/คณะกรรมการควบคุมยาสูบกับคณะกรรมการอื่นที่มี เพื่อวางแผนควบคุมกำกับการดำเนินงานระดับจังหวัด
2. ส่งเสริม สนับสนุน และร่วมกับจังหวัดในการดำเนินงานการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะ เยาวชน(Gen Z) ในพื้นที่ทั้งในโรงเรียน/สถานศึกษาและชุมชน

	<p>3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ให้กับเยาวชนและคนในชุมชน</p> <p>4. ส่งเสริม สนับสนุนสร้างความครอบคลุมการบริการช่วยเหลือบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ</p> <p>5. จัดให้มีบริการเชิงรุกในชุมชน โดยมีการบูรณาการและส่งเสริมการดำเนินงานกิจกรรม 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน</p> <p>6. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดำเนินงาน ยินยอมปฏิบัติตาม และการเฝ้าระวังเพื่อจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ</p>				
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. สถานการณ์การสูบบุหรี่จำแนกตามเขต</p> <p>2. แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่/การดำเนินงาน Gen Z ปลอดบุหรี่</p> <p>3. แนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบแบบเชิงรุก</p> <p>4. แนวทาง/รูปแบบการคัดกรอง ระบบบริการเลิกบุหรี่และการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุข</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	ร้อยละ	20.7	19.9	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. แพทย์หญิงปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5806961 โทรศัพท์มือถือ : 081-4720664 โทรสาร : 02-5809307 E-mail : pantipatk@yahoo.com</p> <p>2. นางวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5806962 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5809307 E-mail : vilailak_noy@hotmail.com</p> <p>3. น.ส.ฐิติพร กันวิหค นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5807161 โทรศัพท์มือถือ : 081-6802524 โทรสาร : 02-5807162 E-mail : snickys3005@hotmail.com</p> <p>สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสถิติแห่งชาติ / สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ / สนย. สป				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. น.ส.ฐิติพร กันวิหค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5807161 โทรศัพท์มือถือ : 081-6802524 โทรสาร : 02-5807162 E-mail : snickys3005@hotmail.com สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
-------------------------------------	---

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

แผนที่	3. ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	25. ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)				
คำนิยาม	ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป หมายถึง ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยคิดจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อ้างอิงข้อมูลปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ ปริมาณผลิตรูราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง) เฉลี่ยต่อหัวประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ข้อมูลประชากรกลางปี อายุ 15 ปี ขึ้นไป จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	6.81	6.74	6.68	6.61	6.54
วัตถุประสงค์	เพื่อลดจำนวนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศปริมาณผลิตรูราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำมาคิดคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในผลิตภัณฑ์และหาค่าเฉลี่ยการดื่มต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป				
แหล่งข้อมูล	1. ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศปริมาณผลิตรูราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิตกระทรวงการคลัง 2. ข้อมูลประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	$A = (\text{ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ} \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์แต่ละประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์}) + (\text{ปริมาณผลิตรูราพื้นเมือง} \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์แต่ละประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์}) + (\text{ปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์} \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์แต่ละประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์})$ <p>* ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท คัดดังนี้ เบียร์ 5 ดีกรี = ร้อยละ 0.05 , เหล้า 40 ดีกรี = ร้อยละ 0.40, ไวน์ 15 ดีกรี = ร้อยละ 0.15</p>				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปี ขึ้นไป				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				คำนวณจากข้อมูล - รายงานผลการจำหน่ายเครื่องตี๋ม แอลกอฮอล์ในประเทศ ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องตี๋ม แอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต - ข้อมูลประชากรกลางปีอายุ 15 ปี ขึ้นไป	
วิธีการประเมินผล :	คำนวณจากสูตรตัวชี้วัด				
เอกสารสนับสนุน :	1. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 2. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ลิตร แอลกอฮอล์ บริสุทธิ์/คน/ ปี	6.91	6.95	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สมาน พุตระกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919315 โทรสาร : 2. นางสาวจุรีย์ อุสาหะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903032 โทรสาร :			ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : smarnf22@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jureu@gmail.com สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค	

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1. นางสาวเสาวลักษณ์ เนคมานุรักษ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

การดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903032	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร : 2. นางสาวณัฐิกา ศรีรอด	E-mail : alcoholplan@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903032	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร :	E-mail : alcoholplan@gmail.com
สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค		

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	26. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence)</p> <p>ผู้ป่วยยาเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยหยุดเสพ หรือ เสพแต่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือ ผู้ติด (Dependence)</p> <p>ผู้ป่วยยาเสพติดบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด หมายถึง บำบัดรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานพยาบาล และได้รับการประเมินครบกำหนดและติดตามต่อเนื่องในระยะติดตามการรักษา</p> <p>หมายเหตุ : ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องการดูแลรักษาต่อเนืองระยะยาว</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	74	78	82	86	90
วัตถุประสงค์	ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศและปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เป็นนโยบายหลักของประเทศผู้ป่วยยาเสพติดทั่วประเทศจากการประมาณการของสำนักงาน บปส. 1.3-1.5 ล้านคน ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ปีละ 2-3 แสนรายยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้าไอซ์กัญชา ซึ่งการบำบัดรักษาเสพติดมีทั้งระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ โดยยึดเจตนารมณ์ผู้เสพคือผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานภายใต้การกำกับดูแลมาตรฐานโดยกระทรวงสาธารณสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติด และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่านการบำบัดรักษา โดยไม่รวมถึงผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเวชเรื้อรัง (Chronic psychosis) และ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องรับยาทดแทนต่อเนื่อง เช่น เมทาโดนระยะยาว				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลในระบบข้อมูล บสต. ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต				
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลบำบัดรักษาเสพติด(บสต.) ของกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการจำหน่ายครบกำหนดได้รับการติดตามดูแลและสามารถหยุดเสพต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน (บสต. ติดตาม)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาสิ้นสุดการบำบัดรักษาและจำหน่าย				

	(บสต.จำหน่าย)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประเมินจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผสมทยอยต่อเนื่อง)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

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

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
78	78	78	78

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
82	82	82	82

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
86	86	86	86

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

1. สถานพยาบาลยาเสพติด (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านการบำบัดรักษา) นอกและในกระทรวงสาธารณสุข จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในระบบข้อมูล บสต. ผ่านเครือข่าย internet และประเมินผลโดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลระบบข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติด(บสต.)
2. หน่วยงานวิชาการกรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, สำนักบริหารการสาธารณสุข, ศอ.ปส.สธ. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน และให้ข้อเสนอแนะในพื้นที่และระดับนโยบาย

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือมาตรฐานการบำบัดรักษาและการติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด
2. คู่มือข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาล
3. คู่มือระบบข้อมูล บสต.

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	69.8	74.8	69.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อังกรุ ภัทรกร รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-5310080-8 ต่อ 332,398 E-mail : si.92@hotmail.com				
	2. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 2. ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 3. ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 4. ผู้อำนวยการศูนย์อำนาจการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (ศอ.ปส.สธ.)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางระเบียบ โตแก้ว หัวหน้าสำนักนโยบายยุทธศาสตร์ยาเสพติด สุรา และบุหรี่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080-8 ต่อ 398 โทรศัพท์มือถือ : 092-8979299 โทรสาร : 02-5236008 E-mail : Rabiab_to@yahoo.com				
	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 2. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com				
	3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com				

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านยาเสพติด

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด
(เป้าหมาย : ร้อยละ 90)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด
(เป้าหมาย : ร้อยละ 90)

สถานบริการ สุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา ได้รับการจำหน่ายครบ กำหนดได้รับการติดตาม ดูแลและสามารถหยุดเสพ ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน (บสต.ติดตาม) (A)	จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาสิ้นสุดการบำบัดรักษาและจำหน่าย (บสต.จำหน่าย) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพ ต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ กำหนด (A/B) × 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	27. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด				
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ที่ได้รับการตรวจสอบ หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ส่วนกลาง เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น 2) ส่วนภูมิภาค เก็บตัวอย่างตามแผน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1) แผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย. (ในตัวชี้วัดส่วนภูมิภาค) เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น 2.2) แผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต <p>ไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ จุกเงิน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 95					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	95	96	97	98	99
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นับที่ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ตามแบบรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	สำนัก/กองผลิตภัณฑ์ สำนักด้านอาหารและยา กอง คบ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	4 ครั้ง/ปี รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน				

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปี 2560 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เก็บตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่ผลิต นำเข้า และจำหน่าย ร้อยละ 30 ของแผนเก็บ ตัวอย่าง	เก็บตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่ผลิต นำเข้า และจำหน่าย ร้อยละ 65 (ยอดสะสม) ของ แผนเก็บตัวอย่าง	เก็บตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่ผลิต นำเข้า และจำหน่าย ร้อยละ 100 (ยอดสะสม) ของแผนเก็บตัวอย่าง	

วิธีการประเมินผล :

จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่ กำหนด (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

ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์

โทรศัพท์มือถือ : 089-8116873

	<p>โทรสาร : 02-5918479 E-mail : puyuwade@fda.moph.go.th</p> <p>2. นายวชิระ อ่ำพันธ์ ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907332 โทรศัพท์มือถือ : 081-9288013</p> <p>โทรสาร : 02-5918471 E-mail : vachira@fda.moph.go.th</p> <p>3. น.ส. สุมาลี พรกิจประสาน ผู้อำนวยการสำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907154 โทรศัพท์มือถือ : 084-3618393</p> <p>โทรสาร : 02-5918446 E-mail : sumayee@fda.moph.go.th</p> <p>4. น.ส. สุกัทธา บุญเสริม รก.ผู้อำนวยการสำนักด้านอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907351 โทรศัพท์มือถือ : 081-8459043</p> <p>โทรสาร : 02-5918477 E-mail : pongesai@fda.moph.go.th</p> <p>5. น.ส. สุกัญญา เจียรพะพงษ์ ผู้อำนวยการสำนักยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907162 โทรศัพท์มือถือ : 089-0416563</p> <p>โทรสาร : 02-5918390 E-mail : sukanya@fda.moph.go.th</p> <p>6. น.ส. ทิพย์วรรณ ปริญญาศิริ ผู้อำนวยการสำนักอาหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907175 โทรศัพท์มือถือ : 089-8116899</p> <p>โทรสาร : 02-5918460 E-mail : tipvon@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p><u>ส่วนกลาง</u></p> <p>1. น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786</p> <p>โทรสาร : 02-5918457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p><u>กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ</u></p> <p><u>ส่วนภูมิภาค</u></p> <p>1. นายอาทิตย์ พันเดช เกษัครชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907383 โทรศัพท์มือถือ : 084-7956951</p> <p>โทรสาร : 02-5918484 E-mail : artypun@gmail.com</p> <p>กองส่งเสริมงานคุ้มครองฯ (คบ) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	28. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>สถานบริการสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพ 3 กลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ กลุ่มที่ 1 สถานบริการสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฯ และโรงพยาบาลชุมชน ▪ กลุ่มที่ 2 สถานพยาบาล ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งมี 2 ประเภท ได้แก่ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลเอกชน) ทั่วประเทศ ▪ กลุ่มที่ 3 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 <p>ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง กระบวนการที่สถานบริการสุขภาพได้รับการส่งเสริม ตรวจสอบมาตรฐาน รับรอง ฯ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ กลุ่มที่ 1 สถานบริการสุขภาพภาครัฐได้รับการตรวจประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ▪ กลุ่มที่ 2 สถานพยาบาลผ่านการรับรองตามแนวทางที่กำหนด ▪ กลุ่มที่ 3 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
กลุ่มที่ 1 สถานบริการ สุขภาพภาครัฐ ร้อยละ 60	กลุ่มที่ 1 สถานบริการ สุขภาพภาครัฐ ร้อยละ 60	กลุ่มที่ 1 สถานบริการ สุขภาพภาครัฐ ร้อยละ 60	กลุ่มที่ 1 สถานบริการ สุขภาพภาครัฐ ร้อยละ 60	กลุ่มที่ 1 สถานบริการ สุขภาพภาครัฐ ร้อยละ 60
กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2

	<p>1. นางพรพิศ กาลนาน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415</p> <p>โทรสาร :</p> <p>กลุ่มที่ 3 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18411</p> <p>โทรสาร :</p> <p>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>1.</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18820</p> <p>โทรสาร :</p>	<p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> <p>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> <p>ตำแหน่ง :</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายนพดล ครุพันธ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18815</p> <p>โทรสาร :</p> <p>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>	<p>กองแผนงาน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>กลุ่มที่ 1 สถานบริการสุขภาพภาครัฐ</p> <p>1. นายประวิทย์ เกตุทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18827</p> <p>โทรสาร :</p> <p>กลุ่มที่ 2 สถานพยาบาล</p> <p>1. นางพรพิศ กาลนาน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415</p> <p>โทรสาร :</p> <p>กลุ่มที่ 3 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18411</p> <p>โทรสาร :</p> <p>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>	<p>กองแผนงาน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> <p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> <p>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p>

	1. นายนพดล ครุธน้อย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18815 โทรสาร :	กองแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : E-mail :
--	--	---

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
-------------------------	--

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม				
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital				
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สต.) ที่มีกระบวนการดำเนินงาน (C-L-E-A-N) และดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (G-R-E-E-N) ดังนี้</p> <p>C-L-E-A-N</p> <p>C: Communication มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจ</p> <p>L: Leader มีการสร้างบทบาทนำเพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน</p> <p>E: Effectiveness มีการดำเนินงานให้บังเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>A: Activity สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม</p> <p>N: Networking ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน</p> <p>G-R-E-E-N</p> <p>1. G: Garbage คือ การจัดการมูลฝอยทุกประเภทตามหลักวิชาการ (มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย) ดังนี้</p> <p>1.1 มูลฝอยติดเชื้อ: มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย และมาตรฐานวิชาการ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="560 1304 1511 1915"> <thead> <tr> <th>กรณีที่มีคนใช้พักค้าง (รพศ. รพท. รพช.)</th> <th>กรณีไม่มีคนใช้พักค้าง (รพสต.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1. จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 7 เรื่อง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> (1) ด้านบุคลากร (2) การคัดแยกมูลฝอย (3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ </td> <td> 1. จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3 เรื่อง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> (1) การคัดแยกมูลฝอย (2) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (3) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2) กรณีที่โรงพยาบาลดำเนินการว่าจ้างบริษัทเอกชนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ต้อง </td> </tr> </tbody> </table>	กรณีที่มีคนใช้พักค้าง (รพศ. รพท. รพช.)	กรณีไม่มีคนใช้พักค้าง (รพสต.)	1. จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 7 เรื่อง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> (1) ด้านบุคลากร (2) การคัดแยกมูลฝอย (3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 	1. จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3 เรื่อง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> (1) การคัดแยกมูลฝอย (2) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (3) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2) กรณีที่โรงพยาบาลดำเนินการว่าจ้างบริษัทเอกชนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ต้อง
กรณีที่มีคนใช้พักค้าง (รพศ. รพท. รพช.)	กรณีไม่มีคนใช้พักค้าง (รพสต.)				
1. จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 7 เรื่อง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> (1) ด้านบุคลากร (2) การคัดแยกมูลฝอย (3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 	1. จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3 เรื่อง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> (1) การคัดแยกมูลฝอย (2) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (3) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2) กรณีที่โรงพยาบาลดำเนินการว่าจ้างบริษัทเอกชนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ต้อง				

	<p>(5) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(6) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>2) กรณีที่โรงพยาบาลดำเนินการว่าจ้างบริษัทเอกชนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ต้องดำเนินการตามคำสั่งกระทรวงฯที่ 1852/2546 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2556 เรื่อง กำหนดให้สถานบริการการสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจ้างเอกชนดำเนินการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงมีระบบควบคุม กำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง เช่น การใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)</p> <p>3) ดำเนินการตามข้อกำหนดของท้องถิ่น</p> <p>4) ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพิ่มเติม</p>	<p>ดำเนินการตามคำสั่งกระทรวงฯที่ 1852/2546 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2556 เรื่อง กำหนดให้สถานบริการการสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจ้างเอกชนดำเนินการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงมีระบบควบคุม กำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง เช่น การใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)</p> <p>3) ดำเนินการตามข้อกำหนดของท้องถิ่น</p> <p>4) ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพิ่มเติม</p>
--	---	--

1.2 การจัดการมูลฝอยทั่วไป

- 1) มีการลดการเกิดมูลฝอยที่แหล่งกำเนิดโดยใช้หลักการ 3R (Reuse, Reduce, Recycle)
- 2) มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไปออกจากมูลฝอยชนิดอื่น
- 3) มีภาชนะรองรับมูลฝอยทั่วไปแยกประเภทให้เหมาะสม คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยย่อยสลายได้ (มูลฝอยอินทรีย์) มูลฝอยอื่นๆ
- 4) มีการเก็บขนมูลฝอยทั่วไปภายในโรงพยาบาลอย่างถูกสุขลักษณะ และมีสถานที่พักรวมในกรณีที่มีมูลฝอยทั่วไปในปริมาณมากก่อนนำไปกำจัด
- 5) มีการกำจัดมูลฝอยทั่วไปด้วยวิธีการที่ถูกสุขลักษณะ หรือส่งไปกำจัดกับ

หน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย

6) มีการใช้ประโยชน์จากมูลฝอยทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย

- 1) มีการคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายออกจากมูลฝอยชนิดอื่น
- 2) มีการแยกเก็บรวบรวมตามประเภท (ประเภทยา/ประเภทสารเคมี/ประเภทปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี/ประเภทซากแบคทีเรีย ผลิตไฟ กระจกสเปร์ย เป็นต้น)
- 3) มีการเก็บขน/เคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกหลักสุขาภิบาล
- 4) มีการรวบรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายเพื่อนำส่งไปกำจัดโดยหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายตามประเภทมูลฝอยอันตราย และรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย หรือมีระบบกำกับติดตาม

2. R: Rest room มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ลดการใช้สารเคมีในห้องส้วม และมีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล

3. E: Energy มีมาตรการประหยัดพลังงาน การส่งเสริมการใช้พลังงานทดแทน และมีการดำเนินงานอาคารอนุรักษ์พลังงาน (Green Buildings)

4. E: Environment การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยนำแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place) มาประยุกต์ใช้ รวมถึงการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การจัดการน้ำเสีย รวมถึงการปรับปรุงภูมิทัศน์ การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ และเป็นแหล่งผลิตก๊าซออกซิเจนให้กับบรรยากาศของโลก รวมทั้งลดการปล่อยแก๊สเรือนกระจก

5. N: Nutrition มีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ การรณรงค์อาหารปลอดภัย สารพิษ รณรงค์การใช้ผ้าก๊อชในบ้านอาหารพื้นเมือง มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการขยายเครือข่าย เช่น ชมรมผักปลอดภัย สารพิษ ตลาดนัดสีเขียว เป็นต้น

6. ดำเนินการอื่นๆตามที่กฎหมายกำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย					
เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
รพศ./รพท./รพช.	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
รพ.สต.	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามกฎหมาย และมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพสต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) ปี 2560- 2561 : รพ. รายงานผลการดำเนินงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)				

	และ สสจ. จัดส่งข้อมูลให้ศูนย์อนามัยรวบรวมและสรุปส่งหน่วยงานส่วนกลางเพื่อจัดเก็บข้อมูลในระบบฐานข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) ปี 2562-2564 : รพ. หรือ สสจ. บันทึกข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (National Environmental Health Information System : NEHIS)			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ตาม <u>ข้อ 1.1</u> และกิจกรรม GREEN			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 - 2564				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	รพ. มีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	รพ. มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital และมีการรายงานผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	รพ. ดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ได้ตามแผนฯ ที่กำหนด	- ปี 2560 – 2561 รพ. ดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital และรายงานผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน - ปี 2562 – 2564 รพ. ดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital และรายงานผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน และรายงานผลการดำเนินงานในระบบฐานข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย
วิธีการประเมินผล :	1. การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 และ 2 2. ระบบนิเทศ ติดตาม และการรายงานผลของกรมอนามัย (กองแผนงาน)			
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินกิจกรรม GREEN 2. โรงพยาบาลต้นแบบลดโลกร้อน			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ร้อยละของ โรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital (รพ.สังกัดสธ. (รพศ. รพท. รพช. รพสต. (10,642 แห่ง) และ รพ.สังกัดกรม วิชาการ (45 แห่ง) รวม 10,687 แห่ง)	ร้อยละ	6.3 (675 แห่ง) หมายเหตุ : ข้อมูล สะสมตั้งแต่ปี 2555-2557 - ปี 2555 = 103 แห่ง - ปี 2556 = 448 แห่ง - ปี 2557 = 124 แห่ง	7.3 (782 แห่ง) หมายเหตุ : ข้อมูล สะสมตั้งแต่ปี 555-2558 - ปี 2555 = 103 แห่ง - ปี 2556 = 448 แห่ง - ปี 2557 = 124 แห่ง - ปี 2558 = 107 แห่ง	อยู่ ระหว่าง ดำเนิน การ	
ร้อยละของสถาน บริการการ สาธารณสุขสังกัด สธ. (รพศ. รพท. รพช.) มีการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อตาม หลักวิชาการ (รพศ. รพท. รพช. จำนวนทั้งหมด 855 แห่ง)	ร้อยละ	-	93.80 (802 แห่ง)	อยู่ ระหว่าง ดำเนิน การ	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ				
	1. นางปรียานุช บุรณะภักดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904255		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : preeyanuch.b@anamai.mail.go.th		
	2. นางสาวมลฤดี ตรีวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th		

	<p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นางสาวจุฑิรา ไชยดั่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904310 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>2. นางสาวนวรรตน์ อภิชัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางณิรนุช อาภาจรัส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>2. นางสาวนวรรตน์ อภิชัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : a.neeranuch@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>

ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))										
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม										
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	30. จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน										
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง จังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยผ่าน คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.) 3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย (รพศ./รพท./รพช. ร้อยละ 100 รพ.สต. ร้อยละ 10) 4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน 5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) 6. มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน 										
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 จังหวัด (ร้อยละ 80)</td> <td>68 จังหวัด (ร้อยละ 90)</td> <td>76 จังหวัด (ร้อยละ 100)</td> <td>3,625 ตำบล (ร้อยละ 50)</td> <td>7,255 ตำบล (ร้อยละ 100)</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	60 จังหวัด (ร้อยละ 80)	68 จังหวัด (ร้อยละ 90)	76 จังหวัด (ร้อยละ 100)	3,625 ตำบล (ร้อยละ 50)	7,255 ตำบล (ร้อยละ 100)
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
60 จังหวัด (ร้อยละ 80)	68 จังหวัด (ร้อยละ 90)	76 จังหวัด (ร้อยละ 100)	3,625 ตำบล (ร้อยละ 50)	7,255 ตำบล (ร้อยละ 100)							
<ol style="list-style-type: none"> 1. ภายในปี 2562 จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100 (76 จังหวัด) 2. ภายในปี 2564 จังหวัดมีตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ (7,255 ตำบล) 											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จังหวัดบันทึกข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (National Environmental Health Information System : NEHIS) 2. การรายงานผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวง		
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 และ 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 - 2562			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเองในการมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพครอบคลุมทั้ง 6 ประเด็น ได้แก่ 1) มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2) มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยผ่านคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อศจ.) 3) มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย 4) การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการ	จังหวัดมีระบบการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพ

		<p>จัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</p> <p>5) จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)</p> <p>6) มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</p>	
--	--	--	--

ปี 2563 - 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	จังหวัดมีตำบลที่มีชุมชนที่สามารถจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) และมีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินตนเองของจังหวัด 2. ศูนย์อนามัยประเมินจังหวัดในการมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) เพื่อรองรับระบบข้อมูลระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนแนวทางการจัดทำข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 3. คู่มือการปฏิบัติงานคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัดตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข 4. แนวทางการปฏิบัติตามมติคณะกรรมการสาธารณสุข 5. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

	6. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ ในระดับดีขึ้น	ร้อยละ	2557	2558	2559
			-	89.71 (ผลการประเมินตนเอง)	อยู่ระหว่างการประเมินโดยศอ.
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>ประเด็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูล</u>				
	1. นางเพ็ญผกา วงศ์กระพันธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904346 โทรสาร : 02-5904356		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : ppk_path@yahoo.com		
	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย				
	2. โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย				
<u>ประเด็นการสนับสนุนการดำเนินงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</u>					
1. นางสาวพรรณวาท อุดมผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรสาร : 02-5918180 E-mail : ladda.u@anamai.mail.go.th, uladda@gmail.com		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : -			
ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย					
<u>ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</u>					
1. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904200		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : Prachote.k@anamai.mail.go.th			
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย					
<u>ประเด็นการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</u>					
1. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904177 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904186 E-mail : chailert.k@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย <u>ประเด็นการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</u></p> <p>1. นางสุทธิดา อุทะพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904393 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : -</p> <p>สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ กรมควบคุมโรค</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1.สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 2.สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ 3.กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ 4.ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางณิรนุช อาภาจรีส หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904316 E-mail : a.neeranuch@gmail.com</p> <p>2. นางสาวนวรรตน์ อภิชัยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904316 E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	31. ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)														
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีมให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ 10,000 คน</p> <p>กลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster ให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ 30,000 คน โดยมีทีมหมอครอบครัว 3 ทีมเป็นผู้รับผิดชอบในลักษณะเครือข่ายสหวิชาชีพที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรสาขาอื่น ๆ</p> <p>ทีมหมอครอบครัวให้บริการในกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยใน 1 กลุ่มเครือข่าย จะประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 12 คน ทันตภิบาล 3 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 12 คน แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 3 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน</p> <p>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนเครือข่ายของรพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ</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>90%</td> <td>95%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	90%	95%	100%	100%	100%
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
90%	95%	100%	100%	100%											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน														
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเครือข่ายของรพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ														

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเครือข่าย ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิที่หมอบรรณครว้ทั้งหมด ที่ตั้งเป้าหมาย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล				
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				90%
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				95%
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				100%
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				100%
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				100%
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ			
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมิน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
			2559	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. ผศ (พิเศษ) นพ.สุภโชค เวชภัณฑ์เกษับ รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางจิราภรณ์ สิงหเสนี นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5902348 โทรศัพท์มือถือ : 089-9116706 โทรสาร :02-5902348 E-mail : plan.bps2015@gmail.com</p> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
---	---

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	32. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ														
คำนิยาม	<p>ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ 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"> 1. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA 2. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทั้ง Acute & Chronic care <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลสุขภาพประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 878 แห่ง</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 95</td> <td>ร้อยละ 96</td> <td>ร้อยละ 97</td> <td>ร้อยละ 98</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100											

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มี District Health System
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มี District Health System ผ่านเกณฑ์คุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน, 9 เดือน, 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ(Service Plan) และบูรณาการ ๕กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพร้อยละ 95

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ(Service Plan) และบูรณาการ ๕กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHSคุณภาพร้อยละ 96

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยง	มีระบบบริหารจัดการ/	อำเภอผ่านเกณฑ์

แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	ระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการ การร่วมกับการพัฒนาระบบ บริการ(Service Plan) และ บูรณาการ ๕กลุ่มวัย	กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนและมีโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัว	DHSคุณภาพร้อยละ 97
---------------------------	--	---	-----------------------

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้ แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยง ระบบบริการปฐมภูมิและบูรณา การร่วมกับการพัฒนาระบบ บริการ(Service Plan) และ บูรณาการ ๕กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/ กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนและมีโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHSคุณภาพร้อยละ 98

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้ แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยง ระบบบริการปฐมภูมิและบูรณา การร่วมกับการพัฒนาระบบ บริการ(Service Plan) และ บูรณาการ ๕กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/ กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนและมีโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHSคุณภาพร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA 2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัย และการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) 3. มีการดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 เรื่อง และมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับอำเภอ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ 4. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)
---------------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย 2. หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) 3. หนังสือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)
-------------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นบางส่วน มีคุณภาพ	ร้อยละ	50 (428 แห่ง)	9474 (811 แห่ง)	99.5 (852 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 3. นางสมสินี เกษมศิลป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : peed.pr@hotmail.com รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 E-mail : somnee@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com
-------------------------------------	---	--

	2. นางสมลีนี เกษมศิลป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 E-mail : somnee@hotmail.com
--	--	---

เอกสารแนบท้าย

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

1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร 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	สำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงาน ร่วมกันและดำเนินงาน ตามหน้าที่ในส่วนที่ รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาค ส่วนร่วมด้วย	cross functional เป็น team ระหว่างฝ่ายคิด วางแผนและดำเนินการ ร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วม ด้วยบางส่วน	fully integrate เป็น โครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวราบ โดยมีภาคีภาคส่วนร่วม ด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วน ต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ ใน ทุกประเด็นสุขภาพ สำคัญ	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง ทีมภายในหน่วยงาน เดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ. สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่าง หน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ และ/ หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาค ส่วนต่างๆ)
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการของประชาชน และผู้รับบริการเป็น แบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการ ของ ประชาชนและ ผู้รับบริการที่ หลากหลายอย่างน้อย ในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของ ประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ และ นำมาแก้ไข ปรับปรุง ระบบงาน	มีการเรียนรู้และ พัฒนาช่องทาง การรับรู้ ความต้องการ ของประชาชนแต่ละ กลุ่ม ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพ มากขึ้น	ความต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการ ถูกนำมา บูรณาการกับ ระบบงานต่างๆ จนทำ ให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมี ส่วนร่วมกับเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	ความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ(Health Need) หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือ ประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและ ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดย หมายรวมทั้งในส่วน of felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู)และ unfelt need (เช่น บริการ ส่งเสริมป้องกัน)
	มีแนวทาง หรือเริ่มให้	ดำเนินการให้ชุมชน	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี	ชุมชน และภาคี	ชุมชน และภาคี	

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	ชุมชน และภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วมใน การดำเนินงานด้าน สุขภาพ	และภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพ ในงานที่ หลากหลายและขยาย วงกว้างเพิ่มขึ้น	ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ ค่อนข้างครอบคลุม	เครือข่ายร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการมีส่วนร่วม ให้เหมาะสมมากขึ้น	เครือข่ายร่วม ดำเนินการอย่างครบ วงจร รวมทั้งการ ประเมินผล จนร่วม เป็นเจ้าของการ ดำเนินงานเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความ พึงพอใจของบุคลากร	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการใน การดูแล พัฒนา และ สร้างความพึงพอใจ ของบุคลากรเพิ่มขึ้นใน แต่ละหน่วยงาน หรือ ในแต่ละระดับ	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของ บุคลากรให้สอดคล้องกับ ภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็น ระบบ	เครือข่ายสุขภาพมีการ เรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความ ผูกพันของบุคลากรให้ สอดคล้องกับบริบท	สร้างวัฒนธรรม เครือข่ายให้บุคลากร มีความสุข ภูมิใจ รับรู้ คุณค่าและเกิดความ ผูกพันในงานของ เครือข่ายบริการปฐม ภูมิ	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานใน หน้าที่ และในงานที่ได้รับ มอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวาง แผนการใช้ทรัพยากร	มีการดำเนินการ ร่วมกัน ในการใช้	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร	มีการทบทวนและ ปรับปรุงการจัดการ	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกันโดย	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็น

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	สำคัญและนิยามปฏิบัติการ
	ร่วมกัน และ พัฒนา บุคลากรร่วมกัน เพื่อ สนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน	ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ในบาง ประเด็น หรือบาง ระบบ	ร่วมกันอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตาม เป้าหมายของเครือข่าย สุขภาพ	ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	ยึดเป้าหมายของ เครือข่ายสุขภาพ (ไม่ มีกำแพงกัน) และมี การใช้ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน	ปัจจัยนำเข้า (input) ของการ ทำงาน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ในแต่ละกลุ่ม ตามบริบท ของชุมชน	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท และตามความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะ กลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท ตาม ความต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชนแต่ ละกลุ่ม และชุมชนที่ ครอบคลุม ประชากรส่วน ใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพอย่างบูรณา การร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี	Essential Careหมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับ ประชาชน โดยสอดคล้องกับ บริบทของชุมชน และเป็นไปตาม ศักยภาพของเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
ลักษณะ	Leading Indicator	
ระดับการวัดผล	จังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	33. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	
คำนิยาม	<p>ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ถ้าไม่มีค่าระดับ HbA1c ให้ใช้ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) 2 ครั้งสุดท้ายมาประเมิน และต้องมีค่าระหว่าง 80 - 130 มก./ดล. ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ <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	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
2560	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2559 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2559 หรือ มากกว่า 50%
2561	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2560 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2560 หรือ มากกว่า 50%

ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
2562	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2561 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2561 หรือ มากกว่า 50%
2563	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2562 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2562 หรือ มากกว่า 50%
2564	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2563 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2563 หรือ มากกว่า 50%
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3) 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3)	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม	
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด	
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	$(A/B) \times 100$	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	$(C/D) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 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 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2563
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2563

วิธีการประเมินผล :

1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2557
2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558
3. แนวทางการรักษาการโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (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
	≤ ร้อยละ 7	≤ ร้อยละ 7	≤ ร้อยละ 7	≤ ร้อยละ 7	≤ ร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD – 12 แพ้้ม) จากหน่วยบริการแต่ละแห่งรวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12				
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล IPD จาก 12 แพ้้ม หรือ 43 แพ้้ม				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				น้อยกว่าร้อยละ 7	

	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com
--	---	--

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7)

2.

ส ต าน ก าร ณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 - 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตายจากทุกหอ ผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วง เวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	35. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
คำนิยาม	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (ICD J440,441) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้อยู่ โดยให้รหัส ICD-10 J440-J449 เป็นโรคหลัก (PDx) ในเวชระเบียน				
เกณฑ์เป้าหมาย : ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการรับไว้ที่ ER และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J440-J449)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลง ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เป้าหมาย: ไม่เกิน๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เป้าหมาย: ไม่เกิน๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการรับไว้ที่ ER และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J ๔๔๐-J๔๔๙) (A)	จำนวนประชากรกลางปี อายุ๑๕ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร (B)	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี															
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	36. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล														
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) มี 3 ระดับ ได้แก่</p> <p> ชั้นที่ 1 ระดับกำลังพัฒนา หมายถึง ได้ดำเนินการและรายงานตัวชี้วัดตามที่กำหนด</p> <p> ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ หมายถึง ผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามเกณฑ์อย่างน้อย 40%</p> <p> ชั้นที่ 3 ระดับโดดเด่น หมายถึง ผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามเกณฑ์อย่างน้อย 80%</p> <p>2. การป่วยของเชื้อดื้อยา</p> <p> การป่วยจากเชื้อดื้อยาประเมินจาก การติดเชื้อในกระแสเลือด (bacteremia) ของแบคทีเรีย 7 ชนิด ได้แก่ Acinetobacter spp., Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae และ Pseudomonas spp. Salmonella spp. Streptococcus pneumoniae</p> <p>3. การลดลงของเชื้อดื้อยา</p> <p> การลดลงของเชื้อดื้อยาหมายถึง การลดลงของการติดเชื้อในกระแสเลือด (bacteremia) ของแบคทีเรีย 7 ชนิด ได้แก่ Acinetobacter spp., Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae และ Pseudomonas spp. Salmonella spp. Streptococcus pneumoniae โดยการลดลงต้องลดลงร้อยละ 50 ซึ่งเป็นทั้งเป้าหมายสำหรับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และเป็นเป้าหมายในภาพรวมของประเทศ</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>RDU ชั้นที่ 1 ระดับกำลังพัฒนา</td> <td>RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ</td> <td>RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ</td> <td>RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ</td> <td>RDU ชั้นที่ 3 ระดับโดดเด่น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	RDU ชั้นที่ 1 ระดับกำลังพัฒนา	RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ	RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ	RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ	RDU ชั้นที่ 3 ระดับโดดเด่น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
RDU ชั้นที่ 1 ระดับกำลังพัฒนา	RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ	RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ	RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ	RDU ชั้นที่ 3 ระดับโดดเด่น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10											

ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	
มีแผนปฏิบัติการ รองรับแผน ยุทธศาสตร์ AMR				การป่วยจากเชื้อดื้อยา ลดลงในภาพรวมของ ประเทศ ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา (RDU) 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา (AMR)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน (RDU) 2. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ 150 เตียงขึ้นไป (AMR)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สํารวจโดยใช้แบบประเมินตนเอง (RDU) 2. การสํารวจและการรายงาน (AMR)			
แหล่งข้อมูล	1. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU) : ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน 2. การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ 50 : ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วย* ที่ติดเชื้อในกระแสเลือด (bacteremia) ของแบคทีเรียดื้อยา 7 ชนิด ได้แก่ Acinetobacter spp., Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae และ Pseudomonas spp. Salmonella spp. Streptococcus pneumoniae (*1. ไม่รวมผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียชนิดเดียวกันเป็นครั้งที่สองในรอบปีเดียวกัน 2. กรณีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิดให้นับเป็นข้อมูลเพิ่มตามจำนวนชนิดเชื้อที่ต่างกัน)			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งตรวจเลือดเพาะเชื้อทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (RDU)	$(A/B) \times 100$			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (AMR)	การป่วยจากเชื้อดื้อยา = C/D			
ระยะเวลาประเมินผล	1. ปีละ 2 ครั้ง (RDU) 2. ปีที่ 2 (พ.ศ. 2564) (AMR)			
เกณฑ์การประเมิน : 1. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ปี 2560 :				

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				RDU ชั้นที่ 1 ระดับกำลังพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	
ปี 2561 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	
ปี 2562 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	
ปี 2563 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				RDU ชั้นที่ 2 ระดับสำเร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	
ปี 2564 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				RDU ชั้นที่ 3 ระดับโดดเด่น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	
2. การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลง					
ปี 2564 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ 50	
วิธีการประเมินผล :	1. การสำรวจ และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	1. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU)				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	สัดส่วน	-	-	-
					2 การป่วย

	จากเช็ดยาลดลง (AMR)				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	87,751*	ครั้ง/ปี			
	* ข้อมูลจากงานวิจัย				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สำนักบริหารการสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)</p> <p>2. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค และสำนักบริหารการสาธารณสุข (AMR)</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. สำนักบริหารการสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)</p> <p>2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักบริหารการสาธารณสุข (AMR)</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU)</p> <p>1. นางสาวพรพิมล จันทร์คุณาภาส เกษัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5901634 E-mail : pchankunapars@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ภญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ์ เกษัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com</p> <p>3. ภญ.นภาพรณัฐ ภูริปัญญาพานิช เกษัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 081-9529663 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : pharmui30@hotmail.com สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2. การป่วยจากเช็ดยาลดลง (AMR)</p> <p>1.นางสาววันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 โทรสาร : 02-5910343 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th</p>				

รายละเอียดตัวชี้วัดย่อยโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล

ระดับกำลังพัฒนา หมายถึง มีการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดตามที่กำหนดได้
 ระดับสำเร็จ หมายถึง ผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามเกณฑ์อย่างน้อย 40%
 ระดับโดดเด่น หมายถึง ผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามเกณฑ์อย่างน้อย 80%

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
1	ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วย (เปรียบเทียบกับ รพ.ระดับเดียวกัน)	< Avg + 1 SD	
2	ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อผลรวม Adj.Rw (เปรียบเทียบกับ รพ.ระดับเดียวกัน)	< Avg + 1 SD	
3	ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลัก (รพ.ระดับ A > 75%, S > 80%, M1-M2 > 85%, F1-F3 > 90%)	ตามเกณฑ์รพ.	
4	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้แนะสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล	3	
5	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	3	
6	จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	
7	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	3	
8	จำนวน (DDD) ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่สั่งใช้ต่อผู้ป่วยนอก 1000 คน ต่อวัน+ (วัดผลเฉพาะรพ.ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ RUA)	ลดลง 5 %	
9	จำนวน (DDD) ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่สั่งใช้ต่อผู้ป่วยใน 1000 วันนอนต่อวัน (เปรียบเทียบกับ รพ.ระดับเดียวกัน)	< Avg +1SD	
10	อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20	
11	อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20	
12	อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
13	อัตราการเสียชีวิตในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 10	
14	ร้อยละของการใช้ RAS blockade (ACEI / ARB / Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาความดันเลือดสูง	< ร้อยละ 40	
15	ร้อยละการใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือ มี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร	< ร้อยละ 5	
16	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือ ร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < 30 มล./นาที่)	> ร้อยละ 80	
17	ร้อยละของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	< ร้อยละ 5	
18	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	< ร้อยละ 10	
19	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	> ร้อยละ 80	
20	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (เกิน 65 ปี) ที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate ในการรักษาภาวะนอนไม่หลับ	< ร้อยละ 5	
21	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่ยา Warfarin/Statins/ Ergot เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	ร้อยละ 0	
22	อัตราการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating* ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI)	< ร้อยละ 20	

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	37. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง ร้อยละ 10 ต่อปี										
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)										
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>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </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 ในจังหวัด/เขตสุขภาพ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดและเขตสุขภาพจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข										
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2559										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2560										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน)										
ระยะเวลาประเมินผล	9 เดือน, 12 เดือน										
เกณฑ์การประเมิน :											
ปี 2560 :											
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								

	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต 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/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p>ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต ตามแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ</p>				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ธานินทร์ โตจัน โทรศัพท์ที่ทำงาน :		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : 081-8523423		

	โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : 2. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : 3. นายพิทยา สร้อยสำโร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายพิทยา สร้อยสำโร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com 2. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : สำนักบริหารการสาธารณสุข

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตใน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)				
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 กรัมที่เกิดมามีชีวิตในหน่วยบริการในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- เก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง(รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) ใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรเชื่อมโยงฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนัก การบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ เพื่อประมวลผลข้อมูลการ ตายของทารกแรกเกิด				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตร และหนังสือรับรองการตาย จากการรายงานสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ 28 วัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง				
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 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	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"> 1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล 				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ต่อพันเกิดมีชีพ	7	7	ยังไม่ออก

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน serviceplan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com</p> <p>สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน serviceplanทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com</p> <p>สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านทารกแรกเกิด

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000

ทารกเกิดมีชีพ)

2.

สถานการณ์

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000

ทารกเกิดมีชีพ)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิต ภายในอายุ ๒๘ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิด มีชีพ (B)	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A/B) x1,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5.โครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	39. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
คำนิยาม	<p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการประคับประคอง อาการมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติขององค์กรนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มีจุดเน้นการดูแลด้าน Family Meeting การทำ Advance Care Plan, Symptoms Control และ Psychosocial and Spiritual Support กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke 3. โรคไตในระยยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต 4. Pulmonary and Heart Disease 5. Multiple Trauma Patient 6. Infectious Disease HIV/AIDS 7. Pediatric 8. Aging /Dementia <p>โดยมีข้อบ่งชี้ทั่วไป ที่ช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ Palliative Care</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้นการประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือการประเมิน Functional Assessment ซึ่งได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. โรครอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 4. Terminal Delirium 5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin < 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง 6. Persistent Hypercalcemia 7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล
--	---

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

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
- ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1 – 1.5	- ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1)	- ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2)	- ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3)	- ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)
- ขั้นตอนที่ 3 (ไม่รวมขั้นตอนที่ 2)	- ขั้นตอนที่ 3 - ขั้นตอนที่ 4 4.1 (1) และ 4.2 (1)	- ขั้นตอนที่ 3 - ขั้นตอนที่ 4 4.1 (2) และ 4.2 (2)	- ขั้นตอนที่ 3 - ขั้นตอนที่ 4 4.1 (3) และ 4.2 (3)	- ขั้นตอนที่ 3 - ขั้นตอนที่ 4 4.1 (4) และ 4.2 (4)
	- ขั้นตอนที่ 5 5.1 (1) และ 5.2 (1)	- ขั้นตอนที่ 5 5.1 (2) และ 5.2 (2)	- ขั้นตอนที่ 5 5.1 (3) และ 5.2 (3)	- ขั้นตอนที่ 5 5.1 (4) และ 5.2 (4)

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนวาระสุดท้าย 3. เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลและความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายจากการดูแลและประสานงานของทีมสุขภาพ ครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
---------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
-----------------------------	---

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด จากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A, S, M, F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน

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 4.2 (1)	ขั้นตอนที่ 5 5.1 (1) และ 5.2 (1)

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

	2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)		4.1 (4) และ 4.2 (4)	5.1 (4) และ 5.2 (4)	
--	-----------------------------	--	------------------------	------------------------	--

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1</p> <p>1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง และมีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย</p> <p>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย</p> <p>1.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 มีการจัดตั้งงานพยาบาลแบบประคับประคอง และกำหนดให้พยาบาลหัวหน้างานทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ เลขานุการศูนย์การดูแลแบบประคับประคองโดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง</p> <p>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3 มี Palliative Care Nurse Manager ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง</p> <p>1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลตามแนวทาง Palliative Care ได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>1.5 โรงพยาบาลทุกระดับ (A, S, M1-2, F 1-3) มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong opioid medication และ/หรือ มีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง / การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น สวดมนต์บั้งไฟ สวดมนต์บั้งไฟ กวดจุดบั้งไฟ การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลทุกระดับในเขตสุขภาพ</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อ ต่อไปนี้</p>
---------------------------	--

2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S

มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับ ประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)

(1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ /หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

(1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S

มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือ การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์ บำบัด สมาธิบำบัด กัดจุดบำบัด 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 และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น

	<p>สวดมนต์บาศัด สมาธิบาศัด กตจิตบาศัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น</p> <p>(1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตฯ</p> <p>(2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตฯ</p> <p>(3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตฯ</p> <p>(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตฯ</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วน และมีการดำเนินการ ต่อไปนี้ โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3 มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง มีการดำเนินงานร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กร ต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดำเนินการ ต่อไปนี้</p> <p>4.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อ ของเขตสุขภาพ ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์ อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่ม การเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>(1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใน โรงพยาบาล (ระดับโรงพยาบาล)</p> <p>(2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ ร่วมกันทั้ง จังหวัด (ระดับจังหวัด)</p> <p>(3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ ร่วมกันทั้ง เขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ)</p> <p>(4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศ เพื่อ เป็นแนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ</p> <p>4.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3 มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วย ให้สามารถเยี่ยมไปใช้ที่ บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ</p> <p>(1) ปี 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน.....ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 เป็น อย่างน้อย</p>
--	--

	<p>(2) ปี 2562 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการ ยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด</p> <p>(3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการ ยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ</p> <p>(4) ปี 2564 มีการจัดทาระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้ อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี</p> <p>5.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3 มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของ ผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)</p> <p>(1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทา ACP</p> <p>(2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทา ACP</p> <p>(3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทา ACP</p> <p>(4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทา ACP</p> <p>หมายเหตุ (1) - (4) คิดจากจำนวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2.1 (ตัวหาร)</p> <p>5.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3 มีงานวิจัย หรือ งานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking)</p> <p>(1) ปี 2561 งานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล</p> <p>(2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด</p> <p>(3) ปี 2563 มี (1)-(2) และ งานวิจัย อย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ</p> <p>(4) ปี 2564 มี (1)-(3) และ มีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพ หรือ ในกระทรวงสาธารณสุข หรือ กลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กรมการแพทย์</p> <p>2. Functional Unit and List Disease for Palliative Care กรมการแพทย์</p> <p>3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version</p>

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร :	E-mail :
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์		

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

(เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)

2.

ส ถ า น ก า ร ณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

(เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล))

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F)ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล (A)	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (A/B)x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การหัตถ์หม้อเกลือ - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝึกสมาธิบำบัด - ฝังเข็ม - การกดจุดบำบัด - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย <p>4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง</p>

	<p>บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20
	ร้อยละ 20			
วัตถุประสงค์	เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2) การรายงานจากจังหวัด			
แหล่งข้อมูล	1) 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) 2) ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งที่มีรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งที่มีรับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 18.5
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 19
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 19.5

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เอกสารสนับสนุน :

- 1) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
- 2) คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

- 1) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

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

ที่มา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
	ร้อยละ	16.59	17.51	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์ ขวัญชัย วิศิษฐานนท์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653
โทรสาร :
ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์มือถือ : 081-9735292
E-mail :
2. นายสมศักดิ์ กริชชัย
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพ
และบริหารโครงการพิเศษ

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495653 โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683</p> <p>โทรสาร : E-mail : otkf@dtam.moph.go.th</p> <p>3. นางศรีจรรยา โชติก นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791</p> <p>โทรสาร : E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวศศิธร ใหญ่สฤติย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521</p> <p>โทรสาร : E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))														
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	41. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต														
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่า ได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เกสซบำบัด 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 (ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันที่ต้องการวัด) ทั้งรายเก่าและรายใหม่</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 50															
<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 50</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </table>						ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงที มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ														

<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข ทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 ถึงปีที่ต้องการจะวัด ในฐานะข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วิเคราะห์เป็นรายหน่วยบริการ จังหวัดเขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ www.thaidepression.com</p> <p><u>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สามารถดำเนินการได้ดังต่อไปนี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่งานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน 2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail : depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ <p><u>ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้าจากหน่วยบริการพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2</u></p> <p>คำอธิบายสูตร:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38 และ F39) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาลรพศ./รพท./รพช./รพ.สต.

	<p>และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% (แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรประจำปี....(จะใช้ประชากรประจำปีย้อนหลังไป 1 ปี เนื่องจากปีที่จะวัดยังไม่มีรายงาน) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 								
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สละสมมาจนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง								
เกณฑ์การประเมิน									
ปี 2560 - 2564 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </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						
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยการรับข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552-ปีที่ต้องการจะวัด ในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ www.thaidepression.com								
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
อัตราการรักษาถึง บริการของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า เทียบกับคาด ประมาณจาก ความชุกที่ได้จาก การสำรวจ	ร้อยละ		36.76	44.14	45.90 (ณ วันที่ 25 พค. 59)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598		ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์มือถือ: 084-5585956 E-mail : tkongsuk@gmail.com		
	2. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598		ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 E-mail : virgojinny12@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน :045-352599 โทรสาร : 045-352598		โทรศัพท์มือถือ:081-8775751 E-mail : virgojinny12@gmail.com		
	ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	42. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ				
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ				
เกณฑ์เป้าหมาย : ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มบุคคล สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. จากรายงาน รง 506 S แบบรายงานการเฝ้าระวังติดตามผู้ทำร้ายตนเอง 				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)				

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≤ 6.3ต่อประชากร แสนคน	
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราส่วน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข แบบรายงาน การเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเอง กรมสุขภาพจิต (รง 506 S) ชุดข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวม โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 				
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"> นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999ต่อ63111 โทรสาร : 02-5903968 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885 E-mail : pat-ukn@yahoo.com นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า ผู้อำนวยการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999ต่อ63136 โทรสาร : 02-590-3968 E-mail: jvkk_sakarin@hotmail.com นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999ต่อ63308 โทรสาร : 02-5903968 โทรศัพท์มือถือ : 081-7118692 E-mail : orapin545@gmail.com 				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	43. อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)										
คำนิยาม	Sepsis เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ พบว่า อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่า แนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด										
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></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากติดเชื้อในกระแสเลือด ตาม ICD-10 ของโรงพยาบาลทุกระดับ										
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Sepsis										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย Sepsis										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน										
เกณฑ์การประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ (เมื่อมีผู้ป่วย Sepsis) มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงาน 										

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

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

หมายเหตุ : ปี 2560 ให้ดู Baseline ก่อน รอบรับรองเดือนมกราคม

วิธีการประเมินผล :	1. รายงานผลจากฐานข้อมูล 2. รายงานผลของโรงพยาบาลแต่ละระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	CPG Sepsis ของสมาคมเวชบำบัด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	N/A	ร้อยละ	2557	2558	2559
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ. นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-5918276		หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : ieip.dms@gmail.com		
	2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ: E-mail :		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	1. พญ. นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ		หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์		

<p>(ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02 5918276</p> <p>2. นางรจนา บำรุงศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรสาร : 025918276</p> <p>3. นางพรทิพภา ชัยเนตรารภรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรสาร : 025918276</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail :ieip.dms@gmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0860063459 E-mail :ieip.dms@gmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9226855 E-mail :ieip.dms@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. พญ.นฤมลสุวรรณค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>2. นางรจนา บำรุงศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>3. นางพรทิพภา ชัยเนตรารภรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรสาร : 02-5918276</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : ieip.dms@gmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-0063459 E-mail : ieip.dms@gmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9226855 E-mail : ieip.dms@gmail.com</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุค่าเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy:HALE) ไม่น้อยกว่า 72 ปี				
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	44. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคหัวใจตายเฉียบพลัน 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.ในระดับ F2 ทุกแห่ง ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ มียาใช้ได้ตลอดเวลา และไม่เก็บไว้จนยาหมดอายุ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 100					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F2 ทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F2 ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้ จากทุกเขตบริการ				

แหล่งข้อมูล	จากทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = รพ.ระดับ F2 ในเขตที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้			
รายการข้อมูล 2	B = รพ. ระดับ F2 ทั้งหมดในเขตนั้นๆ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (3, 6, 9, 12 เดือน) หรือทุกไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 55	-	ร้อยละ 65
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 65	-	ร้อยละ 70
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 70	-	ร้อยละ 75
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 75	-	ร้อยละ 80
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 85
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) 2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) 3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) 4. มีข้อมูลร้อยละของการให้ยาของคนไข้ในผู้ป่วย STEMI 			
เอกสารสนับสนุน :	รายงานจากทุกเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	75.93	ร้อยละ	2557	2558
			2559	
	ที่มาข้อมูล : สำนักบริหารการสาธารณสุข			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี		หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ	

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรสาร : 02-5919972 E-mail : kk_hm2000@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางกนกพร แจ่มสมบุญ รองผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30903 โทรศัพท์มือถือ : 089-8131937 โทรสาร : 02-5470907 E-mail : j_kanokpon@hotmail.com กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์

หมายเหตุ : ปังบประมาณ พ.ศ.2559 โรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ครบ 100 เปอร์เซ็นต์

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (เป้าหมาย: 100%)

2 . ส ฎ ำ น ก ำ ร ณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (เป้าหมาย: 100%)

โดยดำเนินการครบทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)
2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)
3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)
4. มีข้อมูลร้อยละของการให้ยาของคนไข้ในผู้ป่วย STEMI

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	รพ.ระดับ F2 ในเขตที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ (A)	รพ. ระดับ F2 ทั้งหมดในเขตนั้นๆ (B)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต				

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.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	45. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ										
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือด (ปี 2560 – 2564) คือ ลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับbaseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564										
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี(ปี 2560 – 2564)											
	<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>27.4</td> <td>26.9</td> <td>26.4</td> <td>25.9</td> <td>25.4</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	27.4	26.9	26.4	25.9	25.4
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
27.4	26.9	26.4	25.9	25.4							
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 = จำนวนประชากรที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ(รหัส ICD-10 =I20-I25)										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน										

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	-	-	27.4	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	-	-	26.9	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	-	-	26.4	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	-	-	25.9	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	-	-	25.4	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ สนย จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของ กระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	26.9 (2556)	ต่อประชากรแสนคน	27.8	28.6	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236				

	โทรสาร : 02-5919972 สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	E-mail : k_hm2000@yahoo.com รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : nciict@gmail.com pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์

**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)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจาก โรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. ระยะเวลาเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
คำนิยาม	<p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์(หน่วยนับเป็น สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 28 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น วันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจรักษา มะเร็งเป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์และ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic</p> <p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วย</p>

	<p>นับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงาน ออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ(Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษา</p> <p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมีวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ <p>การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 	

3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R)ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์(Obtained_date)</u> วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรค มะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 <u>วันผ่าตัด</u> (Operation_date) ในกลุ่มการรักษาด้วยการผ่าตัด 3.3 <u>วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</u> ในกลุ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด 3.4 <u>วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</u> สำหรับการรักษารังสีรักษา <p><u>กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ</u></p> 3.5 วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่งการรักษามะเร็ง)
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จาก Hospital Based Cancer Registry 2. จากหน่วยบริการผู้ป่วยศัลยกรรม ห้องผ่าตัด หน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด และหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยรังสีรักษา
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

	$A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	80	-	80	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	80	-	80	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	82	-	82	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	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	
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2559 (ไตรมาสที่ 2)					

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$

2 . ส ถ ๑ น ก ๑ ร ณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผน การรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่ รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$ (A/B) $\times 100$	
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
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด \leq 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่ รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq 85% $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq 85%

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq 85%			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษา และได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา \leq 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่ รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq 85% $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	47. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ				
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 =C220-C229) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	23.5	23.5	23	23	22.7
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับของประชากรไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ(รหัส ICD-10 = C220-C229)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)				

	โทรสาร : 02-3547037 E-mail : arkom70@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com

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

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	48. อัตราตายจากมะเร็งปอด				
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 =C330-C349) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	18	18	18	17.5	17.2
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดของประชากรไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน				

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคมะเร็ง**

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย:ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

2.

ส ถ า น ก า ร ณ์

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(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 วันที่ รายงาน)				
--	--	--	--	--

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี					
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	49. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m ² /yr				
คำนิยาม	<p>eGFR หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI</p> <p>ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี 60 >eGFR ≥ 15) หรือ (E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี 60 >eGFR ≥ 15) และมีการตรวจคำนวณ eGFR (LABTEST 15) ≥ 2 ค่า หากมีค่า eGFR 1 ค่าใน 1 ปี จะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้ และ สัญชาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส 099) เท่านั้น</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าร้อยละ 50 เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≥65%	≥66%	≥67%	≥68%	≥69%
วัตถุประสงค์	เพื่อชะลอความเสื่อมไต ในผู้ป่วย CKD				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เก็บทันที (real time แบบอัตโนมัติจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) (ใช้ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก) 2. การคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFRต้องมี creatinine ≥ 2 ค่าในปีงบประมาณนั้นๆ 3. หน่วยที่ใช้ในการวัด เป็นร้อยละ
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr x 100
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการปกติ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method >90% ของ รพ. ระดับ F2 ขึ้นไป	-	- มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method 100% ของ รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป - ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml /min/1.73m ² /yr $\geq 65\%$

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr $\geq 66\%$

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr $\geq 67\%$

ปี 2563:

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

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr≥69%

วิธีการประเมินผล :

ตามตารางท้าย KPI Template

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
-	ร้อยละ	-	-	63.6
(ระบบเก็บ ข้อมูลเริ่มปี 2559)				

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-273100 ต่อ 1834 โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915
โทรสาร : 0 7424 6600 E-mail : kcharoen007@hotmail.com
โรงพยาบาลหาดใหญ่
2. นพ.สกานต์ บุนนาค
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110
โทรสาร : 02-3548146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com
โรงพยาบาลราชวิถี

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

อนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต ด้านระบบข้อมูล

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

1. พญ.วรรณิยา มีนุ่น
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 098-2702091

	โทรสาร : 02-3548146 E-mail : Wanniya_meenune@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี
--	---

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคไต**

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$
 (เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560)

2.

ส ถ า น ก า ร ณ์

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
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ x 100 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (B)	Ax100/B	
จังหวัด 1				

จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	จังหวัด										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	50. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน										
คำนิยาม	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแยกว่า 20/400 ได้แก่ 5/200, CF, HM, PJ, PL										
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เท่ากับ 80%											
	<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>80</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	80	80	80	80	80
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
80	80	80	80	80							
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจกโดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทีมจักษุที่ทำการผ่าตัดต้อกระจกบันทึกลงในโปรแกรม Vision2020thailandทุกราย และนำมาคำนวณเป็นร้อยละเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบ										

	บริการสุขภาพสาขาตา กระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	1) โปรแกรม Vision2020thailand 2) ข้อมูลการกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ในระดับจังหวัด และระดับเขต ที่กำหนดโดย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา กระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตากระทรวงสาธารณสุข		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template		
เอกสารสนับสนุน :	Vision2020thailand		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	NA	NA	79.65
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ภูวัต จารุกำเนติกนก		จักษุแพทย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-225818		โทรศัพท์มือถือ : 089-7222668		
	โทรสาร : 034-388744		E-mail : drpuwat@yahoo.com		

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	จากโปรแกรมVision2020thailand		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357		โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
	โทรสาร : 02-9659851		E-mail : pattarawin@gmail.com
	กรมการแพทย์		
	2. นายปวิช อภิบาลกุล		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352		โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499
	โทรสาร : 02-5918279		E-mail : moeva_dms@yahoo.com
	สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์		

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านตา

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของเป้าหมาย)

2.

ส ต ห น ก า ร ณ์

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	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน $(A/B) \times 100$	

		(B)		
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

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

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	51. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม
คำนิยาม	<p>บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรค และรักษาโรคในช่องปาก ตามความจำเป็น โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนกำลังคนและวัสดุ และมีการกำกับติดตาม ให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการได้</p> <p>บริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจ/วางแผนบริการร่วมกับผู้รับบริการและให้คำแนะนำเป็นการเฉพาะรายบุคคล ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และการจัดทำความสะอาดฟัน</p> <p>บริการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การทาฟันด้วยฟลูออไรด์วาร์นิช (เด็กเล็ก) การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 (อายุ 6-7 ปี) และซี่ที่ 2 (อายุ 11-12 ปี) การขูดหินน้ำลายเนื้อเหงือก และการเคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การฝึกทักษะ หมายถึง กระบวนการพัฒนาศักยภาพให้ผู้รับบริการมีความสามารถ ปฏิบัติได้จริง โดยแนะนำ/ผู้รับบริการทดลองปฏิบัติ/และแนะนำเพิ่มเติม • การดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ได้แก่ การตรวจช่องปากด้วยตนเองและสามารถ

จัดการได้เมื่อมีปัญหา การแปรงฟันได้สะอาดเพียงพอในระดับป้องกันโรคฟันผุและ
เหงือกอักเสบ การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม และการเลือก
บริโภคอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากและเลี่ยงอาหารที่เพิ่มความเสี่ยง
บริการรักษา หมายถึง การรักษาพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย และถอนฟัน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58

วัตถุประสงค์	1.เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในคนไทย 2.เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งบันทึกข้อมูลในแฟ้มบริการในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 4 ครั้ง

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. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี โดยสำนักทันตสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	-	-	-
	รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	ร้อยละ	-	5.14	50.9
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางอมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904215 โทรศัพท์มือถือ : 081-7012350 โทรสาร: 02-5904203 E-mail : ammablue@gmail.com</p> <p>2. นส.ณัฐมนันท์ ศรีทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904216-7 โทรศัพท์มือถือ : 085-8066997 โทรสาร : E-mail : dentdata@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ทพญ. ปิยะดา ประเสริฐสม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904212 โทรศัพท์มือถือ : 081-2529940 โทรสาร: 02-5904203 E-mail : pprasertsom@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ										
คำนิยาม	การปลูกถ่ายไต หมายถึง การปลูกถ่ายไตทั้งที่ได้รับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต (deceased donor kidney transplant) และ ที่ได้รับไตบริจาคจากผู้ที่มีชีวิต (living donor kidney transplant)										
เกณฑ์เป้าหมาย : ≥ 600 ต่อปีในปีงบประมาณ 2560											
	<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>650</td> <td>700</td> <td>800</td> <td>1000</td> <td>1300</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	650	700	800	1000	1300
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
650	700	800	1000	1300							
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้น										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการรับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)										
แหล่งข้อมูล	ทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาล										

	สมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย	
วิธีการประเมินผล :	ตามตารางทายKPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ราย	551	601	รอสิ้นปี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สกานต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com รพ.ราชวิถี				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	คณะกรรมการ service plan สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สกันต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com รพ.ราชวิถี

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัด	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	53. ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ
คำนิยาม	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 การจัดระบบบริหารกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และ การเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาล (Disaster preparedness& Hospital preparedness for Emergency) ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล แต่ละ ระดับ จึงต้องทำการสำรวจในปีแรก และ หลังจากนั้น ดำเนินการเพิ่มเติม
เกณฑ์เป้าหมาย	

<p>1) จังหวัดที่มีการสำรวจ และทราบเป้าหมายในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน(Emergency Care System) ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ โดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน มากกว่า ร้อยละ 70 ในช่วงระยะเวลา 3 ปี และพัฒนาด้านอื่นๆ ต่อไป ตามแผนภาพพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปีแรกนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน โดยในเบื้องต้น โรงพยาบาล สถานพยาบาล ในแต่ละจังหวัด สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และจัดทำแผนรองรับภัยพิบัตินั้นๆ พัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่มีความพร้อม ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ รายงานให้ จังหวัด / เขตบริการสุขภาพ และ กระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ตามลำดับ</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>โรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาด F2 ขึ้นไป (=797 รพ)</p>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1) จัดตั้ง คณะทำงานเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาลแต่ละระดับ ภายใต้ คณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในระดับจังหวัด /ระดับเขต โดยในปีนี้ ให้เน้นเรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ 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	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลที่ทำการประเมินความเสี่ยงของตนเองตามมิติที่กำหนด</p>				
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ใน จังหวัด/ เขตบริการสุขภาพ แต่ละ ระดับ</p>				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p>				
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมินติดตามทุก 12 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ</p>				

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 75

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน (ปีที่ 1 พ.ศ. 2559)

วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอน 1 จัดตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับ

ขั้นตอน 2 สสำรวจ/ ประเมินความเสี่ยงของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Hazard risk) และ ประเมินผลกระทบต่อประชากร / หน่วยบริการ (Impact survey) ตามคู่มือการประเมินตนเองด้านภัยพิบัติ ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดย กรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพ.ศ. 2559

ขั้นตอน 3 บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรม ตามหลักสูตร การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภัยพิบัติ (Hospital preparedness for Emergency (HOPE) ของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอน 4 จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ สำหรับสถานพยาบาล/โรงพยาบาล Disaster management รวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

ขั้นตอน 5 การซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางใน

	การดำเนินงานต่อไป				
เอกสารสนับสนุน :	1. หลักสูตรการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ในการรับภัยพิบัติ (Hospital Preparedness for Emergency : HOPE) 2. คู่มือการประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาล ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดยกรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2559 3. แบบสำรวจการประเมินตนเอง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
		ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : leip.dms@gmail.com, 2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรศัพท์ : 081-8302844 E-mail : rattapong_b@gmail.com กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : leip.dms@gmail.com, 2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narisara.yamsup@gmai.com กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : leip.dms@gmail.com,				

	<p>2. นางนริศรา แยมทรัพย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925</p> <p>โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narisara.yamsup@gmail.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p>
--	---

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	54. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
คำนิยาม	<p>การพัฒนาห้องฉุกเฉิน ให้ได้คุณภาพ เป็นหนึ่งในนโยบายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้ในระยะแรก เมื่อ พ.ศ. 2555 - 2557 โรงพยาบาลแต่ละระดับ ทำการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพื่อทราบถึงจุดเด่น และ จุดอ่อน ที่ต้องการปรับปรุง โดย ยึด ตาม แนวทางสู่มาตรฐานของการพัฒนาห้องฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ ซึ่งมี 12 ประเด็น ทั้งนี้ โรงพยาบาล จะมีคณะกรรมการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นให้ประเมินอย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้ เป็นเพียงแนวทางในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในภาพรวม จากข้อคิดเห็นของ คณะกรรมการได้เสนอให้ มีแนวทางในการประเมิน ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ในเชิงลึก เพื่อให้ ง่ายต่อการพัฒนางานฯ และทราบถึง ปัญหาอุปสรรค ของห้องฉุกเฉินแต่ละระดับ รวมทั้ง ทาง สรพ .(สถาบันพัฒนาคุณภาพ) ได้ร่วมมือกับกรมการแพทย์ ภายใต้ Service plantrauma & emergency ในการนำร่อง</p>

การพัฒนาตัวชี้วัด ER คุณภาพ ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2561

ตัวชี้วัดในปี 2559 นี้ จะ เน้นใน 3 ส่วน คือ

มติที่ 1 มติการบริการ และนโยบาย หมายถึงการประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

มติที่ 2 มติผู้ให้บริการ จะเน้น ในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล

มติที่ 3 มติด้านผู้รับบริการคือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานของห้องฉุกเฉินจัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย และ สถาบันพัฒนาคุณภาพ)นอกจากนี้ เพื่อให้ สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลประเมินตนเอง ใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลของตนเองในเขตสุขภาพ จากปี 2559 เทียบกับปี 2560

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
70	75	80	85	90

วัตถุประสงค์

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาล ทุกระดับ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ข้อมูลจากการประเมินตนเอง ตามคู่มือการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตามประเด็นที่กำหนด รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ

แหล่งข้อมูล

ข้อมูล การประเมินตนเอง

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนโรงพยาบาลที่ทำการประเมินตนเอง ตาม มติที่กำหนด

รายการข้อมูล 2

B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ใน จังหวัด/ เขตบริการสุขภาพ แต่ละ ระดับ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล

ประเมินติดตามทุก 12 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

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

ปี 2561:

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

	-	-	-	75
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	-	-	-	80
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	-	-	-	85
ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	-	-	-	90
วิธีการประเมินผล :	<p>จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน</p> <p>วิธีการประเมินผล :จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน</p> <p>ขั้นตอน 1.มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล แต่ละระดับ พร้อมทั้ง มีผลการดำเนินงาน ในการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p> <p>ขั้นตอน 2.มีการประเมินตนเองของ โรงพยาบาล ตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล อย่างน้อย ปี ละ ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงข้อเด่น และ ข้อด้อย ของการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p> <p>ขั้นตอน 3.นำผลที่ได้จากการประเมิน นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล และ ระดับสูงขึ้น ไป ตามลำดับให้ทราบถึง จุดอ่อนจุดด้อย ที่ประเมิน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินต่อไป</p>			
เอกสารสนับสนุน :	<p>1) คู่มือแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน กรมการแพทย์</p> <p>2) แบบฟอร์มการประเมินตนเองของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</p>			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	NA	ร้อยละ	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148</p> <p>โทรสาร : 02-5918276 E-mail : ieip.dms@gmail.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p>			

	<p>2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรศัพท์ : 081-8302844 E-mail : rattapong_b@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : ieip.dms@gmai.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางนริศรา แยมทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narisara.yamsup@gmai;.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : ieip.dms@gmai.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางนริศรา แยมทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narisara.yamsup@gmai;.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ										
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	55. ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ										
คำนิยาม	EMS คุณภาพ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินในหลายหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma)เป็นต้น โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับอย่าง ทัวถึงปลอดภัย 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. มีการกำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์EMS คุณภาพใน รพ. ระดับ F2</td> <td>โรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25</td> <td>โรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25</td> <td>โรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1. มีการกำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์EMS คุณภาพใน รพ. ระดับ F2	โรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	โรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	โรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
1. มีการกำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์EMS คุณภาพใน รพ. ระดับ F2	โรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	โรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	โรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาล F2 ที่ มีEMS คุณภาพ							

2. มีผลการสำรวจ สถานการณ์ EMS คุณภาพใน รพ ระดับ F2					
3. มีแผนพัฒนา รพ.ระดับ F2 สู่อำนาจ EMS คุณภาพ					

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	ทุก 12 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				สำรวจข้อมูลEMS 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 95ของโรงพยาบาลทุก ระดับมีEMS คุณภาพ	
วิธีการประเมินผล :	1. รายงานผลจากฐานข้อมูล 2. รายงานการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินโดยทีมปฏิบัติการ แต่ละ ระดับ				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	N/A	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. น.พ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 2919,6204 โทรศัพท์มือถือ : 081-6400614 โทรสาร : 02-354 070 E-mail : โรงพยาบาลราชวิถี 2. น.พ.พัฒนพงษ์ ประภาสันติกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-9370567 โทรสาร : E-mail : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ 3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์				

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288</p> <p>โทรสาร : 02-5918276</p>	<p>กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148</p> <p>E-mail : ieip.dms@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288</p> <p>โทรสาร : 02-5918276</p> <p>2. นางธันณจิรา ธนาศิริชัชพันธ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> <p>3. นางสินีนุช ไชยสิทธิ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669</p> <p>โทรสาร : 02-8721603</p> <p>4. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357</p> <p>โทรสาร : 0 2965 9851</p> <p>5. นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6352</p> <p>โทรสาร : 0 2591 8279</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ/ กรมการแพทย์</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148</p> <p>E-mail : ieip.dms@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> <p>ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669, 081-8191669</p> <p>E-mail : Thunjira.t@niems.go.th</p> <p>Sineenuch.c@niems.go.th</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081 935 7334</p> <p>E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085 959 4499</p> <p>E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี				
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	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 ทั่วถึง และ ปลอดภัย			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1

วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ของกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาล 2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับไว้ในโรงพยาบาล								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 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 มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตบริการสุขภาพ								
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>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> <td></td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1						
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>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> <td></td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1						
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>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> <td></td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1						
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>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> <td></td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1						
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>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> <td></td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 1</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
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. น.พ.สมประสงค์ ทองมีสี โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 2. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-5918276 3. น.พ. ศานิตย์ นาวิกบุตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	โรงพยาบาลชลบุรี โทรศัพท์มือถือ : 080-4341143 E-mail : หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : ieip.dms@gmail.com นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลเลิดสิน โทรศัพท์มือถือ : E-mail :			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. แพรจิตร จันทรฐิติวงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906275,6279 โทรสาร : 02-5918276 2. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-5918276 กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-4484748 E-mail : tairjit@yahoo.com หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : ieip.dms@gmail.com,			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. แพรจิตร จันทรฐิติวงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-591-8276 กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ 2. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-5918276	โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : ieip.dms@gmail.com หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : ieip.dms@gmail.com,			

	3. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
	4. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร 02-5918279	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com
	สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ										
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	57. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety										
คำนิยาม	มาตรฐาน 2P safety ของสถานพยาบาล หมายถึง การดำเนินงานตามแนวทางในการบริหารจัดการและการดำเนินงานในเรื่องความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0228.05/2690 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2559										
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>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	60	70	80	85	90
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
60	70	80	85	90							
วัตถุประสงค์	ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจการดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety										
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety										

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน , 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 70 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 85 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		
วิธีการประเมินผล :	สถานพยาบาลได้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดครบทุกข้อ				
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์การดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety สำหรับสถานพยาบาล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวพรพิมล จันทรวงศ์ภาส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628		เกษัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-1933446		

	โทรสาร : 02-5901641 2. นางสาวไพเราะ บุญญะฤทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901641	E-mail : pchankunapars @gmail.com เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : praecu@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวไพเราะ บุญญะฤทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901641 สำนักบริหารการสาธารณสุข	เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : praecu@gmail.com

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี																					
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)																				
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ																				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล																				
ลักษณะ	Leading Indicator																				
ระดับการวัดผล	เขต																				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	58. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)																				
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานในกำกับของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA หมายถึง โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ชั้น 3 หรือชั้น Advanced HA ที่ยังมีอายุการรับรอง 																				
เกณฑ์เป้าหมาย : (1) ร้อยละสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA																					
<table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td><td>2569</td> </tr> <tr> <td>63</td><td>68</td><td>72</td><td>76</td><td>80</td><td>81</td><td>82</td><td>83</td><td>84</td><td>85</td> </tr> </table>		2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568	2569	63	68	72	76	80	81	82	83	84	85
2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568	2569												
63	68	72	76	80	81	82	83	84	85												
1.1 ร้อยละสถานพยาบาลภาครัฐที่ผ่านการรับรอง HA																					
<table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td> </tr> <tr> <td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td> </tr> </table>		2560	2561	2562	2563	2564	70	75	80	85	90										
2560	2561	2562	2563	2564																	
70	75	80	85	90																	

วัตถุประสงค์	(1) เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการด้านสาธารณสุข (2) เพื่อให้สถานบริหามีบริการที่ดี มีคุณภาพตามมาตรฐาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่มีเตียงผู้ป่วยไว้ค้างคืน และให้ หมายความรวมถึงสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบของ สรพ.				
แหล่งข้อมูล	สรพ.				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	58	60	62	63	
วิธีการประเมินผล :	การสรุปผลการรับรองที่สถานพยาบาลได้รับการเยี่ยมสำรวจตามมาตรฐาน HA ที่ยังคงมีสถานะ อยู่ โดยการคำนวณตามสูตรของตัวชี้วัด				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานสรุปผลสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	สถานพยาบาลที่ ผ่าน HA	ร้อยละ	44.82	51.97	57.20
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ดร.อาภากร สุปัญญา ตำแหน่ง : หัวหน้าสำนักประเมินและรับรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-832-9492 โทรศัพท์มือถือ : 085-487-2141 โทรสาร : 02-832-9540 E-mail : apakorn@ha.or.th สำนักประเมินและรับรอง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	ตำแหน่ง : รองผู้อำนวยการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-832-9519	โทรศัพท์มือถือ : 081-807-8483
	โทรสาร : 02-832-9540	E-mail : piyawan@ha.or.th
	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	
	2. นส.ทวิธนาตม์ ตีคราม	ตำแหน่ง : นักวิชาการนโยบายและแผน
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-832-9494	โทรศัพท์มือถือ : 094-958-3651
	โทรสาร : 02-832-9540	E-mail : thawithanat@ha.or.th
	สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ										
โครงการที่	2. โครงการระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	59. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ										
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ที่กำหนด ได้แก่</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 1 เกณฑ์ประเมิน รพ.สต. ๓ ดี เกณฑ์ประเมิน Healthy work place ,5 ส.</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 2 เกณฑ์ประเมิน PCA หมวดสำคัญ (หมวด 3,6) และประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 3 เกณฑ์การประเมินงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 4 เกณฑ์ประเมินงานเภสัชกรรม ใน รพ.สต.</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 5 เกณฑ์ประเมินงานชั้นสูตร ใน รพ.สต.</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 6 เกณฑ์ประเมินระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 7 เกณฑ์ผลลัพธ์งานตาม KPI ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและเขตบริการสุขภาพ</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 8 เกณฑ์ 8 รพ.สต.มีผลงาน(วิชาการ) นวัตกรรม, งานวิจัย หรือ R2R ที่นำสู่การพัฒนาบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ</p>										
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.</p> <table border="1" data-bbox="246 1654 1471 1766"> <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 40</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100							
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและ										

	ความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน ๙,๗๗๗ แห่ง								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน								
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>ร้อยละ 20</td> <td></td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 20		ร้อยละ 20
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	ร้อยละ 20		ร้อยละ 20						
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>ร้อยละ 40</td> <td></td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 40		ร้อยละ 40
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	ร้อยละ 40		ร้อยละ 40						
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>ร้อยละ 60</td> <td></td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 60		ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	ร้อยละ 60		ร้อยละ 60						
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>ร้อยละ 80</td> <td></td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 80		ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80						
ปี 2564 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ 100</td> <td></td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 100		ร้อยละ 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	ร้อยละ 100		ร้อยละ 100						
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขึ้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขทำการสำรวจและประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล 								

	<p>ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว</p> <p>3. สรุปผลการประเมิน</p> <p>4. คำนวณอัตราส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพทั้งหมด</p>				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902351 โทรสาร :</p> <p>2. นายทองดี มุ่งดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902351 โทรสาร : 02-5902352</p>		<p>ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : mungdee@health.moph.go.th</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นส.ลินดา เหล่ารัตนใส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902356 โทรสาร :</p> <p>2. นายทองดี มุ่งดี โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5902351 : โทรสาร : 02-5902352</p> <p>3. นายสมบูรณ์ ทรัพย์พุ่ม โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5902351 : โทรสาร : 02-5902352</p>		<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : linda@health.moph.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : mungdee@health.moph.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ssombon@hotmail.com</p> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ										
โครงการที่	1.โครงการพัฒนา รพ.เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และรพ.สมเด็จพระยุพราช										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	60. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด										
คำนิยาม	โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการเห็นชอบตามมติการประชุมคณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จำนวน 9 แห่ง และตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2552 เรื่อง พระราชทานชื่อโรงพยาบาลเสให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อีก 1 แห่ง รวมทั้งสิ้น 10 แห่ง เกณฑ์คุณภาพที่กำหนด หมายถึง เกณฑ์รับรองมาตรฐาน HA โดยโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้นที่ 3 หรือ ผ่าน Re-Accredit										
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>	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	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	12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ประชุมชี้แจง โรงพยาบาลชุมชน เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบ ตัวชี้วัดและเกณฑ์ ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาล ที่ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตาม ความก้าวหน้าผลการ ดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรของ โรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)	
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 :	รวบรวมผลการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิม พระเกียรติ 80 พรรษา เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณของทุกปี				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระ เกียรติ 80 พรรษา				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559

	รพ.ที่ผ่าน HA	ร้อยละ	20	30	50
--	---------------	--------	----	----	----

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวนิศากร บุญอาจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901562 โทรสาร : 02-5901562	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7828530 E-mail : nisakoo@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ประวีณ ตัฒตประภา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901562 โทรสาร : 02-5901562	รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 085-4916045 E-mail : -
	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	61. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่รัฐบาลได้กำหนดให้ตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษขึ้น รวม 10 จังหวัด ได้แก่ ตาก สระแก้ว ตรานม มุกดาหาร สงขลา เชียงราย หนองคาย นครพนม กาญจนบุรี และ นราธิวาส</p> <p>2. การจัดการบริการอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพต่างๆ ได้รับการดูแลสุขภาพมีการจัดการทั้งเชิงรุกเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพโดยมีการรักษาและฟื้นฟูเป็นส่วนเสริมเพื่อให้ผู้ประกอบการในสถานประกอบการมีสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย</p> <p>3. การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย</p> <p>การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีประเด็นเพิ่มเติมจากเกณฑ์การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเกณฑ์การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมทั่วไป คือ เพิ่มการประเมินความเสี่ยงในสถานประกอบการที่ตั้งขึ้นใหม่ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ สารเคมีอันตราย และสารกัมมันตรังสี</p>

	<p>4. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป</p>				
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2564 ร้อยละ 95 ของหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ ดังนี้</p>					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 25		ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ประชาชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสามารถเข้าถึง และได้รับการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ 10 จังหวัด</p>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่เป้าหมาย ประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเอง (ตามคู่มือที่ระบุในนิยาม) ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป้าหมาย พร้อมผลการประเมินตนเองและแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ดั่งแบบ Report_OHS สสจ.) แจ้งมายังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมส่งให้กับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนจัดเตรียมทีมตรวจประเมิน/สอบทวนและสรุปผลการดำเนินงาน 4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับทีมตรวจประเมินระดับจังหวัด และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตรวจประเมินตามแนวทางของสำนักฯ และให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมิน 5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง (ดั่งแบบ Report_OHS_สคร.) 6) กรรมการรับรองผลประชุมเพื่อพิจารณารับรองผลโรงพยาบาล 7) สสจ.เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ตามแบบรายงานผลการดำเนินงาน (ดั่งเอกสารแนบท้าย) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลที่ สนย.จะเป็นผู้พัฒนาขึ้น 8) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สรุปผลภาพรวมของประเทศและรายงานให้ สนย. 				

แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (10 จังหวัด), สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม				
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด (24 แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรายไตรมาส และสรุปผลปีละ 1 ครั้ง				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป		
วิธีการประเมินผล :	ตามแนวทางของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 2. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขต	ร้อยละ	-	-	-

	พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
--	--	--	--	--	--

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางวีณา ภักดีสิริวิชัย รองผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรสาร : E-mail : bhakdi2005@yahoo.com</p> <p>2. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดบริการ อาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3847935, 02-3940166 โทรสาร : E-mail : untimanon@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918173 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางวีณา ภักดีสิริวิชัย รองผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรสาร : E-mail : bhakdi2005@yahoo.com</p> <p>3. นางสาวอังคณา เมธากุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904392 โทรสาร : E-mail: occupah@gmail.com</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>

หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (24 แห่ง)

ข้อมูลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ณ วันที่ 27 ก.ค.59

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2559	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การจัดบริการอาชีวอนามัย	การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สคร. 1	เชียงราย		รพช.แม่สาย		
			รพช.เชียงแสน		
			รพช.เชียงของ	(รอผลประเมิน)	
สคร. 2	ตาก	รพท.แม่สอด		✓	✓
			รพช.พบพระ	(รอผลประเมิน)	
			รพช.แม่ระมาด		
สคร. 5	กาญจนบุรี	รพท.พหลพลพยุหเสนา			
สคร. 6	ตราด		รพช.คลองใหญ่		
	สระแก้ว	รพท.อรัญประเทศ			
			รพช.วัฒนานคร		
สคร. 8	หนองคาย	รพท.หนองคาย			
			รพช.สระใคร		
	นครพนม	รพท.นครพนม		✓	✓
			รพช.ท่าอุเทน		
สคร. 10	มุกดาหาร	รพท.มุกดาหาร		✓	✓
			รพช. ห้วยน้ำใหญ่		
			รพช. ดอนตาล		
สคร. 12	สงขลา		รพช.สะเดา		
			รพช.ปาดังเบซาร์		
	นราธิวาส	รพท.นราธิวาสราชนครินทร์			
			รพท.สุไหงโกลก		

			รพช. ตากใบ	✓	
			รพช. แวง		
			รพช. ยี่งอ	✓	
รวม	10	8	16		

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... วันที่รายงาน.....
ผู้รายงาน (นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
กลุ่มงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

ลำดับ	รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	ผ่านเกณฑ์การจัดการบริการอาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมฯ	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
รวม	แห่ง	แห่ง	
ร้อยละผ่าน เกณฑ์ฯ		ร้อยละ.....	

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	62. สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ
คำนิยาม	<p>แรงงานข้ามชาติ หมายถึง แรงงานซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 เห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม จึงเป็น แรงงานใน 4 สัญชาติ คือ เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ซึ่งได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมการจัดหางานหรือเจ้าพนักงานซึ่งอธิบดีมอบหมายให้ประกอบอาชีพตามประกาศของกระทรวงแรงงาน</p> <p>สุขภาพ ยึดคำนิยามตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ คือ ภาวะที่มีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย คือ ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>ผลการตรวจ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 30 มีนาคม 2558 จำแนกเป็น 3 ประเภท คือ</p> <p>ประเภทที่ 1 ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพปกติ</p> <p>ประเภทที่ 2 ผู้ที่ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่มีภาวะติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่จะต้องควบคุม ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง ซิฟิลิส และโรคพยาธิลำไส้ ให้ทำการรักษาต่อเนื่อง</p> <p>ประเภทที่ 3 ผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ เนื่องจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน โดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ หรือ - เป็นโรค ต้องห้ามมิให้ทำงาน คือ (1) วัณโรคระยะติดต่อ (2) โรคเรื้อนในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่

รังเกียจแก๊สสังคม (4) โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3 (5) การติดสารเสพติดให้โทษ (6) พิษสุราเรื้อรัง (7) โรคจิต จิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน
 โดยระบุไว้ในผลการตรวจเป็นประเภทที่ 3 ไม่สามารถอนุญาตให้ทำงานหรืออยู่ในราชอาณาจักรไทยเป็นการชั่วคราวได้
 ดังนั้น กลุ่มที่จะได้รับการรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพขณะตรวจร่างกาย และผู้ที่เจ็บป่วยหลังจากได้รับอนุญาตให้พำนักและทำงานในประเทศ ซึ่งสามารถติดตามให้เข้ามารับการ รักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุขได้

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
 6 เดือน, 9 เดือน, 12 เดือน

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
การคัดกรองแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับบริการตรวจสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัคร	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัคร	ประเมินผลความสำเร็จการให้บริการในกลุ่ม

	ฉบับ ลงวันที่ 30 มีนาคม 2558 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2. Clinical Practice guideline ของโรคต่างๆ ตามที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง
--	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	จำนวน แรงงานต่าง ด้าวที่พบ ปัญหาสุขภาพ เมื่อมารับ บริการตรวจ และประกัน สุขภาพ ที่ OSS	ราย	19,615	1,268	8,965
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวพัชรา เสถียรพัทธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 โทรสาร : 02-5901740		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 082-3240991 E-mail : kalyaneester@gmail.com		
	2. นางสุดาฟ้า วงศ์หริมาตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 โทรสาร : 02-5901740		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 099-0581777 E-mail : sudafawongharimat@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์ประสานงานสุขภาพแรงงาน การช่วยเหลือเหยื่อค้ามนุษย์ และโครงการความร่วมมือ กับองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของประเทศญี่ปุ่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวพัชรา เสถียรพัทธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 โทรสาร : 02-5901740		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0823240991 E-mail : kalyaneester@gmail.com		
	2. นางสุดาฟ้า วงศ์หริมาตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 โทรสาร : 02-5901740		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 099-0581777 E-mail : sudafawongharimat@gmail.com		
	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี																
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)															
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ															
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้															
ลักษณะ	Leading Indicator															
ระดับการวัดผล	จังหวัด															
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	63. ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้															
คำนิยาม	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุครบ 1 ปี(BCG- MMR) โดยเป็นเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ															
เกณฑ์เป้าหมาย																
	<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>DTP-HB3 \geq 90</td> <td>DTP - HB3 \geq 90</td> <td>DTP - HB3 \geq 90</td> <td>DTP - HB3 \geq 90</td> <td>DTP - HB3 \geq 90</td> </tr> <tr> <td>MMR1 \geq 95</td> <td>MMR1 \geq 95</td> <td>MMR1 \geq 95</td> <td>MMR1 \geq 95</td> <td>MMR1 \geq 95</td> </tr> </tbody> </table>	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
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	จำนวนเด็กอายุครบ 1ปี ตามไตรมาส(1,2,3,4)ได้รับวัคซีน DTP-HB3															
รายการข้อมูล 2	จำนวนเด็กอายุครบ 1ปี ตามไตรมาส(1,2,3,4)ได้รับวัคซีน MMR1															
รายการข้อมูล 3	จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปีทั้งหมด ตามไตรมาส(1,2,3,4)															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. จำนวนเด็กอายุครบ 1ปี ตามไตรมาส(1,2,3,4)ได้รับวัคซีน DTP-HB3 *100 จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปีทั้งหมด ตามไตรมาส(1,2,3,4) 2. จำนวนเด็กอายุครบ 1ปี ตามไตรมาส(1,2,3,4)ได้รับวัคซีน MMR1 *100 จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปีทั้งหมด ตามไตรมาส(1,2,3,4)															
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกสิ้นไตรมาส(3 เดือน)															

เกณฑ์การประเมิน :

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 :

ประเมินจากการบันทึกรายงานความครอบคลุมวัคซีนของสถานบริการหลัง
สิ้นแต่ละไตรมาส

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /

1.

ตำแหน่ง :

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร :	E-mail :
	2.	ตำแหน่ง :
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร :	E-mail :

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายสมคิด เพชรชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 085-893160</p> <p>โทรสาร : 074-336084 E-mail : somkitepi@hotmail.com</p> <p>สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี															
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ														
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	64. อัตราการเสียชีวิตของมารดาในชายแดนใต้														
คำนิยาม	การเสียชีวิตของมารดา หมายถึงการเสียชีวิตของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด (แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ) ต่อการเกิดมีชีพแสนคน														
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 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ไม่เกิน 15 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														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$														
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน														

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
15 : แसन LB	15 : แसन LB	15 : แसन LB	15 : แसन LB

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 :

1. จังหวัดรวบรวมข้อมูลมารดาไทยตายจากระดับอำเภอ ตำบล
2. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลมารดาไทยตายจากระดับจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องและคำนวณอัตราส่วนการตายของมารดา
3. ศูนย์อนามัยจัด conference case มารดาไทยตายระดับเขต
4. วิเคราะห์ สรุปสาเหตุการตายของมารดาและแนวทางแก้ไข

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	41.7	44.3	54.7
หมายเหตุ : รายงานการตายของมารดาตามที่อยู่จริง				

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ดร.สุदारัตน์ อีระวร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-216767 โทรศัพท์มือถือ : 081-6982466 โทรสาร : E-mail : sudaratipsr@gmail.com</p> <p>ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา</p> <p>2. นางเริงฤทัย หลีเส็น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-216767 โทรศัพท์มือถือ : 085-8941540 โทรสาร : E-mail : neabigbike@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. ดร.สุदारัตน์ อีระวร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-217767 โทรศัพท์มือถือ : 081-6982466 โทรสาร : 073-213747 E-mail : neabigbike@hotmail.com</p> <p>สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาสถานบริการด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	65. ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานสากล
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่จัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม การประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ทั้งนี้ โดยกระทำเป็นปกติธุระไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ โดยจัดให้มีบริการสุขภาพประเภทต่างๆ แก่ผู้รับบริการ โดยจำแนกสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายได้ 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.</p>

2547 พร้อมด้วยกฎกระทรวง และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งมี 2 ประเภท คือ

2.1 สถานพยาบาลประเภที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีจำนวนเตียง 100 เตียงขึ้นไป

2.2 สถานพยาบาลประเภที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ

มาตรฐานสากล หมายถึง กระบวนการผ่านข้อกำหนดหรือขั้นตอนตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากลของสหรัฐอเมริกาแบบ JCI (Joint Commission International Accredited Organization) หรือของประเทศไทยแบบ HA หรือ Advanced HA

การส่งเสริม พัฒนา หมายถึง กิจกรรมที่จัดให้หรือการกระทำที่มีผลต่อสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การได้เข้าร่วมประชุม อบรม สัมมนา การออกเยี่ยมตรวจ การชี้แจงในพื้นที่ การให้คำปรึกษา การปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการ การสนับสนุนเอกสารวิชาการ คู่มือ แนวทาง ฯลฯ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมโรงพยาบาล/คลินิก ในการพัฒนาตนเองโดยการอบรมความรู้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากล (Certified body) ของสหรัฐอเมริกาแบบ JCI (Joint Commission International Accredited Organization) หรือของประเทศไทยแบบ HA หรือ Advanced HA

สถานพยาบาลได้รับการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล หมายถึง สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับการอบรมความรู้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากลทั้งแบบ JCI และ HA/Advanced HA โดยมีกองสุขภาพระหว่างประเทศเป็นผู้ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานบริการต่างๆ เพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน ทั้งนี้ สถานพยาบาลทุกแห่งเป็นผู้สมัครใจเข้าสู่การรับรองมาตรฐานด้วยตนเอง

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40

วัตถุประสงค์

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย สถานพยาบาลภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในจังหวัดท่องเที่ยว 15 จังหวัด สถานพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพในการให้บริการ (100 เตียงขึ้นไป) และคลินิกเอกชนที่มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดท่องเที่ยว 15 จังหวัด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล จากแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้เข้าร่วมการประชุมจำแนกตามจำนวนแห่งของ

	สถานพยาบาล
ระดับการจัดเก็บข้อมูล	สำนัก/กอง
แหล่งข้อมูล	กลุ่มพัฒนาการศึกษาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างประเทศ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านมาตรฐาน สถานพยาบาลระดับสากล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	การรายงานรอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

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 :

รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ตำแหน่ง :
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail :

	2. โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :
--	--------------------------------------	---

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. ภญ.ศิริณา รติพิชยกุล หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการศึกษาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระหว่างประเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข										
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	66. ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น										
คำนิยาม	ยากลุ่มเป้าหมาย/รายการยากลุ่มเป้าหมาย คือ ยา/รายการยาที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูง (เรียงลำดับ) โดยผลรวมมีมูลค่าร้อยละ 50 ของมูลค่าทั้งหมด โดยมี 3 เงื่อนไข คือ 1) ต้องเป็นยาที่มีความจำเป็นทางสาธารณสุข 2) ไม่สามารถผลิตได้เองหรือผลิตเองน้อย 3) มีความเป็นไปได้ในการผลิตทดแทน										
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>มีรายการยาเป้าหมาย และรายชื่อผู้ผลิตยาที่มีความเป็นไปได้ในการผลิตยาตามรายการดังกล่าว</td> <td>ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายมีความพร้อมในการยื่นขึ้นทะเบียนตำรับ</td> <td>ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	มีรายการยาเป้าหมาย และรายชื่อผู้ผลิตยาที่มีความเป็นไปได้ในการผลิตยาตามรายการดังกล่าว	ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายมีความพร้อมในการยื่นขึ้นทะเบียนตำรับ	ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์		
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
มีรายการยาเป้าหมาย และรายชื่อผู้ผลิตยาที่มีความเป็นไปได้ในการผลิตยาตามรายการดังกล่าว	ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายมีความพร้อมในการยื่นขึ้นทะเบียนตำรับ	ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์									
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	1 ครั้งต่อปี ณ สิ้นสุดปีงบประมาณ
-------------------	----------------------------------

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	จัดทำ “รายการยาเป้าหมาย” และ มีช่องทางเร่งด่วนในการขึ้นทะเบียนตำรับยากลุ่มเป้าหมาย	มีข้อมูลสิทธิบัตรยากลุ่มเป้าหมายและมีนโยบายสนับสนุนการจัดซื้อยาของภาครัฐจากผู้ผลิตในประเทศที่ได้รับ GMP PIC/s	มีนโยบายราคายาที่เหมาะสมกับยาที่มีการแข่งขันและสนับสนุนยาที่มีการผลิตในประเทศ	มีผู้ผลิตยาในประเทศรับผิดชอบรายการยาเป้าหมาย ชัดเจน	
วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากรายงานสรุปผลการดำเนินงาน				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ไม่มี		-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ภญ วรสุดา ยุงทอง ผู้อำนวยการสำนักงานนำร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรสาร : 02-5907341</p> <p>2. ภญ ดร ธารกมล จันทระภาส หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907028 โทรสาร : 02-5918463</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักงานนำร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302 E-mail : worasuda@fda.moph.go.th</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ) โทรศัพท์มือถือ : 089-1420456 E-mail : tankamol@fda.moph.go.th</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				

(ระดับส่วนกลาง)	
-----------------	--

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ภญ วรสุดา ยูงทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : worasuda@fda.moph.go.th</p> <p>2. ภญ สุกัญญา เจียรพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907162 โทรศัพท์มือถือ : 089-0416563 โทรสาร : 02-5918390 E-mail :</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>
--	---

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	67. ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้รับอนุญาตผลิตยาที่มียานวัตกรรมที่อยู่ระหว่างวิจัยพัฒนา (โดยเฉพาะยาที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุขมีศักยภาพทางการตลาด) เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ครบถ้วนและมีคุณภาพเพียงพอในการขึ้นทะเบียนตำรับยา โดยกระบวนการให้คำปรึกษา 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice ● ยานวัตกรรม หมายถึง ยาแผนปัจจุบัน(ยาเคมี และ ยาชีววัตถุ) ยาจากสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย <p>ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ นักวิจัย ที่มีเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมใหม่ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนา เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลวิชาการด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพียงพอในการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้ รูปแบบการให้คำปรึกษามี 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice

● **เครื่องมือแพทย์นวัตกรรม** หมายถึง เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (non-IVD) และเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (in vitro diagnostic: IVD) ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา ได้รับการขึ้นทะเบียน	5 ยา = 2 เครื่องมือแพทย์ = 3	7 ยา = 3 เครื่องมือแพทย์ = 4	10 ยา = 5 เครื่องมือแพทย์ = 5	14 ยา = 8 เครื่องมือแพทย์ = 6

วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุขและเครื่องมือแพทย์ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุขและมีศักยภาพทางการตลาด เพื่อการพึ่งพาตนเองของประเทศ อันจะนำไปสู่ความมั่นคงด้านยาและเครื่องมือแพทย์ในท้ายที่สุด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภค ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ทั้งประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
แหล่งข้อมูล	1. รายงานจากสำนักงานนำร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร 2. รายงานจากหน่วยให้คำปรึกษาและส่งเสริมนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและพร้อมยื่นขึ้นทะเบียน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาผ่านการขึ้นทะเบียนตำรับยา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ใช้วิธีนับรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรม
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้งต่อปี ณ สิ้นสุดปีงบประมาณ

เกณฑ์การประเมิน : จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และได้รับการขึ้นทะเบียนตำรับยา

ปี 2560 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
20	40 (สะสม)	70(สะสม)	100(สะสม)

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข										
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	68. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ อย่างน้อย 100 ตำรับ/ปี										
คำนิยาม	ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ หมายถึง ตำรับยาแผนไทยของชาติ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 โดยผ่านการกลั่นกรอง คัดเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ ให้เป็นตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่เหมาะสมกับการนำไปผลิตและใช้ในการดูแลสุขภาพ และรักษาโรคในยุคนปัจจุบันตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย										
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>100 ตำรับ</td> <td>100 ตำรับ</td> <td>100 ตำรับ</td> <td>100 ตำรับ</td> <td>100 ตำรับ</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ							
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มจำนวนของตำรับยาสมุนไพรแห่งชาติที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ครอบคลุมการรักษาโรค และเสริมสร้างสุขภาพ นำไปสู่การขึ้นทะเบียน ผลิตและจำหน่ายอย่างเพียงพอ สามารถทดแทนการนำเข้ายาจากต่างประเทศ										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตำรับยาแผนไทยของชาติ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 จำนวน 12,000 ตำรับ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลพัฒนาระบบสารสนเทศ องค์กรความรู้และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (Thai Traditional Digital Knowledge: TTDK)										
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลพัฒนาระบบสารสนเทศ องค์กรความรู้และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (Thai Traditional Digital Knowledge: TTDK)										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ อย่างน้อย 100 ตำรับ/ปี										

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100 คำรับ	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100 คำรับ	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100 คำรับ	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100 คำรับ	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100 คำรับ	
วิธีการประเมินผล :	จำนวนคำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ได้รับการตีพิมพ์ในตำรายาแผนไทยแห่งชาติ				
เอกสารสนับสนุน :	คำรับยาแผนไทยของชาติ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		คำรับ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
					(เริ่มปี 60)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ญ.ดร.อัญชลี จูทะพุทธิ ผู้ช่วยอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900				

	โทรสาร : 02-5914409 2. นายแพทย์ ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495653 โทรสาร : E-mail : anchaleeuan@gmial.com ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 081-9735292 E-mail : สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวศศิธร ใหญ่สฤติย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-29659490 โทรสาร : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
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 การทดสอบใหม่ผ่านการ validate แล้ว นำไปเปิดให้บริการ และมีผู้ส่งตัวอย่างมาขอรับบริการแล้ว โดยระดับความเป็นนวัตกรรมสามารถแบ่งเป็นนวัตกรรมระดับกรม ระดับชาติ หรือระดับนานาชาติ</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>จัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์</td> <td>ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	จัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 25	ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 50	ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 75	ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
จัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 25	ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 50	ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 75	ร้อยของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 100							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านชั้นสูตรโรคและด้านคุ้มครองผู้บริโภคมีการนำไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในภารกิจด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ										

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนชาวไทย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม 2. ประเมินผลนวัตกรรมที่มีการนำไปใช้			
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ถูกนำไปใช้			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานข้อมูลทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	5 ปี โดยตลอดระยะเวลา 5 ปี จะมีการประเมินผลทุกปี			
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 :				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
			2559	

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวรางคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางเดือนถนนอม พรหมชาติแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p>	<p>นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวรางคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 2. นางสาวสมฤดี พิณินจอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : budget_plan@dmsc.mail.go.th</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข										
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	70. จำนวนงานวิจัยสมุนไพรที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาดอย่างน้อย 10 เรื่องต่อปี										
คำนิยาม	งานวิจัยสมุนไพร หมายถึง จำนวนงานวิจัยจากชุดโครงการวิจัยสมุนไพรทั้งเดี่ยวและตำรับ รวมถึงงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยที่ครบห่วงโซ่คุณค่า สามารถส่งต่อเพื่อใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพและ/หรือ ทางเศรษฐกิจ										
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>10 เรื่อง</td> <td>10 เรื่อง</td> <td>12 เรื่อง</td> <td>12 เรื่อง</td> <td>15 เรื่อง</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	10 เรื่อง	10 เรื่อง	12 เรื่อง	12 เรื่อง	15 เรื่อง
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
10 เรื่อง	10 เรื่อง	12 เรื่อง	12 เรื่อง	15 เรื่อง							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มศักยภาพทางการแข่งขันของประเทศของสมุนไพรด้วยนวัตกรรมและผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากการวิจัย 2. เพื่อลดมูลค่าการนำเข้าและการพึ่งพามาจากต่างประเทศ 3. เพิ่มทางเลือกให้แก่แพทย์และผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สมุนไพรเดี่ยว สมุนไพรตำรับ และองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายการวิจัย โดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อ										
แหล่งข้อมูล	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงานวิจัยสมุนไพรที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนงานวิจัยสมุนไพรที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาดอย่างน้อย 10 เรื่องต่อปี										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี(เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)										

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

การสำรวจงานวิจัยสมุนไพร

เอกสารสนับสนุน :

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.ดร.ภญ.มณฑกา อีรัชัยสกุล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2224-3247
โทรสาร :0-2224-3247

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย
โทรศัพท์มือถือ : 083-1174297
E-mail : kungfu55@gmail.com

2. นายวัฒน์ศักดิ์ ศรีรุ่ง
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653
โทรสาร :

ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ
โทรศัพท์มือถือ : 081-9735292
E-mail : wsornrung@gmail.com

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)										
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ										
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	71. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ										
คำนิยาม	<p>แผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง แผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพแต่ละเขต ที่ได้ดำเนินการกำหนดแผนอัตรากำลัง แผนการพัฒนากำลังคน และแผนบริหารกำลังคนของเขตสุขภาพไว้</p> <p>หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ</p> <p>อัตรากำลัง หมายถึง จำนวนและประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงอยู่ที่หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้จากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป.</p> <p>หน่วยบริการที่มีอัตรากำลังสอดคล้องกับแผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีอัตรากำลัง 80-100% ของแผนอัตรากำลังในแผนกำลังคนด้านสุขภาพ</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>มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 4 เขต</td> <td>มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 6 เขต</td> <td>มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 8 เขต</td> <td>มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 10 เขต</td> <td>มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 12 เขต</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 4 เขต	มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 6 เขต	มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 8 เขต	มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 10 เขต	มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 12 เขต
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 4 เขต	มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 6 เขต	มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 8 เขต	มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 10 เขต	มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขต สุขภาพ จำนวน 12 เขต							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางของการกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS เทียบกับแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ										

แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลอัตราค่าจ้าง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. 2. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	
รายการข้อมูล 2	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	
ระยะเวลาประเมินผล	1 ปี

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
4 เขตนำร่อง มีการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำแผนที่ถูกต้องครบถ้วน	4 เขตนำร่อง มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (HRP)	4 เขตนำร่อง มีแผนพัฒนากำลังคน (HRD) และแผนบริหารจัดการกำลังคน (HRM)	4 เขตนำร่องมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพครอบคลุมทุกมิติ ทั้ง HRP, HRD และ HRM

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
6 เขตสุขภาพ มีการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำแผนที่ถูกต้องครบถ้วน	6 เขตสุขภาพ มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (HRP)	6 เขตสุขภาพ มีแผนพัฒนากำลังคน (HRD) และแผนบริหารจัดการกำลังคน (HRM)	6 เขตสุขภาพ มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพครอบคลุมทุกมิติ ทั้ง HRP, HRD และ HRM

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
8 เขตสุขภาพ มีการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำแผนที่ถูกต้องครบถ้วน	8 เขตสุขภาพ มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (HRP)	8 เขตสุขภาพ มีแผนพัฒนากำลังคน (HRD) และแผนบริหารจัดการกำลังคน (HRM)	8 เขตสุขภาพ มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพครอบคลุมทุกมิติ ทั้ง HRP, HRD และ HRM

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
10 เขตสุขภาพ มีการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำแผนที่ถูกต้องครบถ้วน	10 เขตสุขภาพ มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (HRP)	10 เขตสุขภาพ มีแผนพัฒนากำลังคน (HRD) และแผนบริหารจัดการกำลังคน (HRM)	10 เขตสุขภาพ มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพครอบคลุมทุกมิติ ทั้ง HRP, HRD และ HRM

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
12 เขตสุขภาพ มีการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำแผนที่ถูกต้องครบถ้วน	12 เขตสุขภาพ มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (HRP)	12 เขตสุขภาพ มีแผนพัฒนากำลังคน (HRD) และแผนบริหารจัดการกำลังคน (HRM)	12 เขตสุขภาพ มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพครอบคลุมทุกมิติ ทั้ง HRP, HRD และ HRM

วิธีการประเมินผล :

ประเมินจากข้อมูลในระบบ HROPS เปรียบเทียบกับเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขต

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์สุวิชา สดงคารพูนเพิ่ม รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :
 โทรสาร : E-mail :

2. นางฉัตรภัทร คุณา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :
 โทรสาร : E-mail :

กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
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 โดยในกระบวนการต้องมียุทธศาสตร์ประกอบดังนี้</p> <p>1.การวางแผนกำลังคนของเขต หมายถึง กระบวนการกำหนดอัตราากำลังบุคลากรด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุม 5 กลุ่ม ประกอบด้วย</p> <p>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 6 สายงาน ได้แก่ 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 นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย 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 และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย ธุรการ การเงิน พัสดุ นิติกร ฯลฯ</p> <p>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>2.การสร้างร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการสร้าง</p>

และพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตเพื่อใช้ประโยชน์การสร้างบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3.การบริหารงบประมาณด้านกำลังคน หมายถึง กระบวนการในการใช้งบประมาณพัฒนาบุคลากรที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์

5.การประเมินผลกระทบจากปัญหากำลังคนของเขตและการแก้ไขปัญหา หมายถึง กระบวนการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในเขตเพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อค่าบริการแก่ประชาชน โดยต้องการการประเมินสถานการณ์ ข้อขัดแย้งทางวิชาชีพ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการประท้วง ฯลฯ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนกำลังคนของเขต	1.การแผนกำลังคนของเขตมีความครอบคลุมกำลังคนทุกกลุ่มและทุกมิติของการพัฒนา 2.การแผนกำลังคนของเขตมีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์เขตและประเทศ	1..เน้นการวางแผนกำลังคน 5 กลุ่ม (ตามที่กำหนด)ในทุก ระดับบริการสุขภาพ 2.เน้นการวางแผนกำลังคนใน 4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย รายปีที่ระดับ 5
2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	1.ประเมินการบริหารการใช้ทรัพยากรด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคนในเขตที่มีประสิทธิภาพ 2.ประเมินผลการพัฒนาเครือข่าย ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคนในเขตและการมีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนา กำลังคนในภาพรวมของเขต	ความครอบคลุมร้อยละ100ของสถาบัน การผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย รายปีที่ระดับ 5
องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าคะแนน

	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการ พัฒนา กำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	ใช้เกณฑ์ของการ เบิกจ่ายงบประมาณ ภาครัฐตามมติ ครม. ในแต่ละปี	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย รายปีที่ระดับ 5
	4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรรบุคลากรมีการ กระจายอย่างเหมาะสม 2.การกำหนดเป้าหมายการผลิต และพัฒนาบุคลากรมีความ สอดคล้องกับความต้องการของ เขต	1.มีกำลังคนทดแทน อย่างเพียงพอตาม เกณฑ์ของ FTEและ มาตรฐานต่อ ประชากร 2.มีการพัฒนา บุคลากรได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนดทั้ง วิชาชีพ คุณธรรม และค่านิยมองค์กร (MOPH)	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย รายปีที่ระดับ 5
	5.การ ประเมินผล กระทบจาก ปัญหา กำลังคนของ เขตและการ แก้ไขปัญหา	1.ประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา กำลังคนของเขตมีความเหมาะสม 2.การลดข้อร้องเรียนและ การ ต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิด ความเสียหายในระดับประเทศ	จำนวนข้อร้องเรียน/ อัตราการย้าย ลาออก/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขตลดลงปี ละร้อยละ10	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย รายปีที่ระดับ 5

เกณฑ์เป้าหมาย : เฉลี่ย 5 ปีเขตสุขภาพต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปร้อยละ100 และในแต่ละปี กำหนดให้ร้อยละของเขต
ที่ผ่านระดับ 5 ไว้ดังตารางนี้

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ60	ร้อยละ70	ร้อยละ80	ร้อยละ90	ร้อยละ100

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนของเขตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ /การรวบรวมรายงานรายไตรมาส/วิเคราะห์ผลการนิเทศตรวจราชการ
แหล่งข้อมูล	หน่วย CHRO ของเขต หรือ จังหวัด
รายการข้อมูล 1	จำนวนอัตรากำลังทุกสายงานของทุกจังหวัดในเขต

รายการข้อมูล 2	จำนวนทรัพยากรด้านการบริหารกำลังคนของเขต
รายการข้อมูล 3	แผนยุทธศาสตร์ของเขต /แผนกำลังคนของเขต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ x 100 จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด(12)
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง (ตามรอบการตรวจราชการ)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ1 และ2ที่ระดับคะแนน 1	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ 3-4ที่ระดับคะแนน 1	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบทุก ข้อที่ระดับคะแนน 1	7 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน2

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ1 และ2ที่ระดับคะแนน 2	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ 3 -4ที่ระดับคะแนน 2	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบทุก ข้อที่ระดับคะแนน2	8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน3

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ1 และ2ที่ระดับคะแนน 3	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ 3-4ที่ระดับคะแนน3	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบทุก ข้อที่ระดับคะแนน3	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน 4

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ1 และ2ที่ระดับคะแนน 4	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ 3-4ที่ระดับคะแนน4	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบทุก ข้อที่ระดับคะแนน4	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน5

ปี 2564 :

จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : สถาบันพระบรมราชชนก	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Catypakdee@gmail.com

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูลผล การดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
1.การวางแผนกำลังคนของ เขต	5	แผนกำลังคนเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์4 Excellence และ ครอบคลุมทุกกลุ่มทุกระดับ บริการ		
	4	แผนกำลังคนเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์4 Excellence ครอบคลุม 4 กลุ่มในทุกระดับ บริการ		
	3	แผนกำลังคนเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์4 Excellence ครอบคลุม 3 กลุ่มในทุกระดับ บริการ		
	2	แผนกำลังคนเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์4 Excellence ครอบคลุม 2 กลุ่มในทุกระดับ บริการ		
	1	แผนกำลังคนเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์4 Excellence ครอบคลุม 1 กลุ่มในทุกระดับ บริการ		
2.การสร้างความร่วมมือ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของ สถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100		
	4	มีการสร้างความร่วมมือของ สถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูลผล การดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
		สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80		
	3	มีการสร้างความร่วมมือของ สถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60		
	2	มีการสร้างความร่วมมือของ สถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40		
	1	มีการสร้างความร่วมมือของ สถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20		
3.การบริหารงบประมาณ ด้านกำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 80		
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70		
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 60		
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 50		
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่า ร้อยละ50		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูลผล การดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
4.การบริหารจัดการด้าน การผลิตและพัฒนากำลังคน	5	1.ด้านการผลิต มีการบริหาร จัดการกำลังคนทดแทนอย่าง เพียงพอตามเกณฑ์ของ FTE2 เฉลี่ยร้อยละ 80ของเป้าหมาย 2.ด้านการพัฒนา มีการบริหาร จัดการพัฒนาบุคลากรได้ตาม เป้าหมาย		
	4	1.ด้านการผลิต มีการบริหาร จัดการกำลังคนทดแทนอย่าง เพียงพอตามเกณฑ์ของ FTE2 เฉลี่ยร้อยละ 60ของเป้าหมาย 2.ด้านการพัฒนา มีการบริหาร จัดการพัฒนาบุคลากรได้ตาม เป้าหมาย		
	3	มีกำลังคนทดแทนอย่างเพียงพอ ตามเกณฑ์ของ FTE2 เฉลี่ยร้อยละ 40		
	2	มีกำลังคนทดแทนอย่างเพียงพอ ตามเกณฑ์ของ FTE2 เฉลี่ยร้อยละ 20		
	1	มีกำลังคนทดแทนอย่างเพียงพอ ตามเกณฑ์ของ FTE2 เฉลี่ยต่ำกว่า ร้อยละ 20		
5.การประเมินผลกระทบ จากปัญหากำลังคนของเขต และการแก้ไขปัญหา	5	ไม่มีปัญหาเรื่องกำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่าร้อยละ 10 ของ ภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการ ย้าย ลาออก/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ในระดับเขต)		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูลผล การดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
	4	มีปัญหาเรื่องกำลังคนของเขต ร้อยละ 15 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการ ย้าย ลาออก/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	3	มีปัญหาเรื่องกำลังคนของเขต ร้อยละ 20 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการ ย้าย ลาออก/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	2	มีปัญหาเรื่องกำลังคนของเขต ร้อยละ 25 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการ ย้าย ลาออก/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	1	มีปัญหาเรื่องกำลังคนของเขต ร้อยละ 30 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการ ย้าย ลาออก/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ในระดับเขต)		

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	73. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน</p> <p>ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาคของประเทศ ส่งผลต่อการบริการประชาชนที่ไม่ครอบคลุม ในขณะที่ประเทศกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ 20 ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็น</p> <p>ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การวางแผนอัตรากำลัง 1.2 พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร 1.3 บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก 1.4 การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร 1.5 การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร 1.6 การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 2. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด

	<p>บุคลากร หมายถึง บุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 6 สายงาน ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข 2. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย 2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา 3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ 4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย ชุรการ การเงิน พัสดุ นิติกร ฯลฯ 5. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น <p>ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ/เขตบริการสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน				
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ/สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์/กลุ่มบริหารงานบุคคล/สถาบันพระบรมราชชนก				
รายการข้อมูล 1	แผนบริหารอัตรากำลังทุกระดับที่มีการกำหนดหรือระบุเป้าหมายการพัฒนาตามเกณฑ์				
รายการข้อมูล 2	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล				
รายการข้อมูล 3	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดจำแนกตามกลุ่มตามค่านิยาม				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรรายกลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ 80	มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรรายกลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ 85	มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรรายกลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ 90	มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรรายกลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ 85	มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	มีการกำหนด เป้าหมายการพัฒนา บุคลากรรายกลุ่ม เฉลี่ย ร้อยละ 85	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากร ร้อยละ 100	
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ และคำนวณตามสูตรที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	77	ร้อยละ	77	77	77
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางอริยา สุขลิ้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901819 โทรศัพท์มือถือ : 081-8576870 โทรสาร : E-mail : ariya975@yahoo.com				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันพระบรมราชชนก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร :		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Catypakdee@gmail.com สถาบันพระบรมราชชนก		

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด: ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระดับบริการ.....ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....ผู้รวบรวมข้อมูล

1. ระดับปฐมภูมิ 2.ระดับทุติยภูมิ 3.ระดับตติยภูมิ 4.ระดับExcellence 5.เขตเศรษฐกิจพิเศษ

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับการ พัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ	1.แพทย์			
	2.ทันตแพทย์			
	3.เภสัชกร			
	4.พยาบาล			
	5.นักเทคนิคการแพทย์			
	6.นักกายภาพบำบัด			
	7.นักวิชาการสาธารณสุข			
2.กลุ่มสหวิชาชีพ	8.นักรังสีการแพทย์			
	9.นักกิจกรรมบำบัด			
	10.นักจิตวิทยาคลินิก			
	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			

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับการ พัฒนา
	24.เจ้าพนักงานสาธารณสุข			
	25.เจ้าพนักงานเวชสถิติ			
	26.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์			
4.บุคลากรสนับสนุน	1.การเงิน			
	2.พัสดุ			
	3.ธุรการ			
	4.นิติกร			
5.ผู้บริหาร	ระดับสูง			
	ระดับกลาง			
	ระดับต้น			
	รวมทั้งสิ้น			

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 5 เท่ากับร้อยละ 80-100

ระดับ 4 เท่ากับร้อยละ 60-80

ระดับ 3 เท่ากับร้อยละ 40-60

ระดับ 2 เท่ากับร้อยละ 20-40

ระดับ 1 เท่ากับร้อยละ ต่ำกว่าร้อยละ 20

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)										
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ										
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	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" 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 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </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 ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ										
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข										

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี

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.		
				2557	2558	2559
		-	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u></p> <p>1. นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>3. นายสุวิชา สฤงคารพูนเพิ่ม รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)										
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ										
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	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 :											
	<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 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </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	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Work Place Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ										
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Work Place Index) ไปใช้										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี										

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงาน มีการ ประเมินดัชนีองค์กร ที่มีความสุข (Happy work place) โดยมีผู้ ประเมินมากกว่าร้อย ละ 50 ของจำนวน บุคลากรของ หน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงาน มีการ ประเมินดัชนีองค์กร ที่มีความสุข (Happy work place) โดยมีผู้ ประเมินมากกว่าร้อย ละ 70 ของจำนวน บุคลากรของ หน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 60 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy work place)ไปใช้

วิธีการประเมินผล :	สำรวจ				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ร้อยละ	2557	2558	2559
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากิจกรรมสุขภาพจิต โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>2. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>3. นายสุวิชา สฤงคารพูนเพิ่ม รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>				

	<p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)										
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ										
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	76. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (loss rate)										
คำนิยาม	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ หมายความว่ารวมถึงการออกจากงานทุกเหตุผลโดยเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่ออกจากงานกับจำนวนบุคลากรของหน่วยงาน ทั้งนี้ รวมถึงการลาออก การถูกให้ออกโดยมีความผิด การลดกำลังคนเนื่องจากการลดขนาดเกษียณอายุ และเสียชีวิต										
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></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการบุคลากรของหน่วยงาน ในเรื่องที่สามารถป้องกันหรือลดการสูญเสียบุคลากรได้										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากรายงานการสูญเสียบุคลากรของหน่วยงาน										
แหล่งข้อมูล	กลุ่มบริหารงานบุคคลของทุกหน่วยงาน										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่สูญเสีย										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรที่มีอยู่										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี										
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></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								

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 :	วิเคราะห์จากรายงานการสูญเสียบุคคลกรของหน่วยงาน			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 2558 2559	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นายสุวิชา สฤงคารพูนเพิ่ม รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail :</p> <p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. ตำแหน่ง :</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail :</p> <p>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			

	<p>2. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มบริหารงานบุคคล สป</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)										
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ										
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	77. ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ										
คำนิยาม	หมายถึง อำเภอที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีที่ตั้งอยู่ในอำเภอนั้นๆ มีอัตรากำลังบุคลากร ไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนซึ่งกำหนดไว้ในอัตรากำลังของแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ										
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	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS เทียบกับแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ										
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลอัตรากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. 2. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	1 ปี										

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%	ทุกเขตสุขภาพมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 50 ของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน	ร้อยละ 50 ของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล : ประเมินจากข้อมูลในระบบ HROPS เปรียบเทียบกับเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขต

เอกสารสนับสนุน : -

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

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์สุวิชา สฤงคารพูนเพิ่ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 2. นางธิดิภัทร คูหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สป.</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5902459 2. นางมัธยัสต์ เหล่าสุรสุนทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 E-mail : hrh.bps@gmail.com</p> <p>กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)										
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ										
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	78. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด										
คำนิยาม	<p>อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง (กรณีที่ครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวและอยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้)</p> <p>ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว หมายถึง กระบวนการ วิธีการที่สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเจ็บป่วย และภาวะฉุกเฉิน</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>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	50	55	60	65	70
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
50	55	60	65	70							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน 2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ 3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด 4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนซึ่งเป็นสมาชิกของแต่ละครอบครัว										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานตามฐานข้อมูลและหรือโปรแกรมบนเว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net										
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมายที่มี อสค.										

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
10	20	30	50
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
10	20	30	55
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
10	20	30	60
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
10	20	35	65
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
10	20	35	70
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประเมินตนเอง (self-Assessment) โดย อสค. ประเมินครอบครัวตนเอง 2. การสุ่มประเมินตามลำดับชั้น ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป 3. การประเมินคุณภาพ อสค. 		
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 2. หลักสูตร อสค. 3. คู่มือ อสค. 4. ประกาศนียบัตร อสค. 5. บัตรประจำตัว 6. แบบบันทึกการขึ้นทะเบียน อสค. 7. แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ระดับจังหวัด 		

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	79. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission :ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. แล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ และสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมินดังกล่าวได้จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงานไป</p> <p>องค์ประกอบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ 3. คุณธรรมการให้บริการของหน่วยงาน หรือปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กร (Integrity in Service Delivery) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ 4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลข้อ 10 การส่งเสริม

การบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายของปลัดกระทรวงสาธารณสุขมุ่งกลยุทธ์การดำเนินงานโดยใช้หลักธรรมาภิบาลเป็นหลักในการขับเคลื่อนงาน จึงกำหนดให้หน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,838 แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) โดยเฉพาะประเมินตนเอง (Self-Assessment) สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้

หากผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90 จะส่งผลต่อค่าดัชนีวัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (CPI) ของประเทศไทยให้ดีขึ้น

เกณฑ์เป้าหมาย : คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ถึงสูงมาก

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

วัตถุประสงค์

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยงานประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) รวมทั้งสิ้น 1,731 หน่วยงาน จำแนกดังต่อไปนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด + โรงพยาบาลศูนย์ + โรงพยาบาลทั่วไป) จำนวน 76 หน่วยงาน (จังหวัด) และหน่วยงานระดับกรม จำนวน 9 หน่วยงานรวมทั้งสิ้น 85 หน่วยงานประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT)
2. โรงพยาบาลชุมชนระดับ M1 โรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 โรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 โรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1,646 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT)

หน่วยงานรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท.(ระดับประเทศ) จำนวน 85 หน่วยงาน

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด + โรงพยาบาลศูนย์ + โรงพยาบาลทั่วไป) จำนวน 76

	<p>หน่วยงาน (จังหวัด)และหน่วยงานระดับกรม จำนวน 9 หน่วยงานรวมทั้งสิ้น 85 หน่วยงานรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. (ประมาณเดือนมีนาคมถึงเดือน พฤษภาคม)ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. (ใช้ เครื่องมือ 3 เครื่องมือ)</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ส่วนที่ 1</p> <p>หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,731หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลประเมินตนเองเพื่อ ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ในไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</p> <p>ส่วนที่ 2</p> <p>หน่วยงานเป้าหมายระดับประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด + โรงพยาบาล ศูนย์ + โรงพยาบาลทั่วไป) นับจำนวน 76 หน่วยงาน (จังหวัด) และหน่วยงานระดับกรม จำนวน 9 หน่วยงาน รวม 85 หน่วยงาน</p> <p>เตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. (ประมาณเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม)ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 เครื่องมือ ดังนี้</p> <p>1) การประเมิน Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT เป็นการประเมินบุคลากรภายในหน่วยงาน (ประชากรเป้าหมาย ส่วนที่ 2)</p> <p>1.1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลบุคลากรภายในหน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน ประกอบด้วย ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ หรือลูกจ้าง ที่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 120 รายชื่อ/หน่วยงาน (กรณีหน่วยงานมีบุคลากรน้อยกว่า 120 คน ให้จัดส่ง รายชื่อทั้งหมด) ให้ครอบคลุมทุกระดับตามสายการบังคับบัญชา ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล สังกัด ตำแหน่ง ระดับ ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน/ มือถือ) และ E-mail</p> <p>1.2) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire Survey) การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face-to-Face interview) การ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การสำรวจทางไปรษณีย์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์โดยคำนึงถึง ความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>2) การประเมิน External Integrity and Transparency Assessment : EIT เป็นการประเมินผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน ในปีงบประมาณนั้น (ประชากรเป้าหมาย ส่วนที่ 2)</p> <p>2.1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง</p>

	<p>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงาน จำนวน 120 รายชื่อ/หน่วยงาน (กรณีหน่วยงานมีผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียน้อยกว่า 120 คน ให้จัดส่งรายชื่อทั้งหมด)โดยระบุประเภทของการมีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติราชการตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุลผู้มารับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประเภท/เรื่องในการติดต่อกับหน่วยงาน สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง ระดับ ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน/มือถือ) และ E-mail</p> <p>2.2) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire Survey) การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face-to-Face interview) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การสำรวจทางไปรษณีย์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>3) การประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด</p> <p>3.1) ประชากรเป้าหมายทั้งส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2</p> <p>หน่วยงานภาครัฐที่เข้ารับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐทุกปีงบประมาณ ใช้แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT จำนวน 1 ชุด ต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานภาครัฐที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p> <p>3.2) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>หน่วยงานดำเนินการรวบรวมแบบสำรวจที่ได้ตอบคำถามตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT รวมถึงเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p>
แหล่งข้อมูล	<p>แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. จำนวน 3 เครื่องมือ ประกอบด้วย</p> <p>1) แบบประเมิน Internal Integrity and Transparency Assessment</p> <p>เป็นการประเมินจากข้อคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่ปฏิบัติงานในรอบ 1 ปี</p> <p>2) แบบประเมิน External Integrity and Transparency Assessment</p> <p>เป็นการประเมินจากข้อคิดเห็นของผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานภาครัฐในรอบ 1 ปี</p>

	<p align="center">3)แบบประเมินEvidence Base Integrity and Transparency</p> <p>Assessment เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment มากกว่าร้อยละ 90
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ส่วนที่ 1 หน่วยงานจำนวน 1,731หน่วยงานประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessmentประเมินตนเองในไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคม) ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายน) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายน)</p> <p>ส่วนที่ 2 หน่วยงานจำนวน 85 หน่วยงานเตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. ระดับประเทศ (ประมาณเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม)</p>

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

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 :

หน่วยงานจำนวน 1,731 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment ประเมินตนเองในไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence Based Integrity and Transparency Assessment) ในไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)

เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

หน่วยงานจำนวน 85 หน่วยงาน

ส่วนที่ 2 เตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. (ประมาณเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคมของทุกปี)

เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. จำนวน 3 เครื่องมือ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

80-100 คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานสูงมาก
60-79.99 คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานสูง
40-59.99 คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานปานกลาง
20-39.99 คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานต่ำ
0-19.99 คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานต่ำมาก

เงื่อนไข :

1) หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบสำรวจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence Based Integrity & Transparency Assessment) ในไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี)และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้

2) หน่วยงานเตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. (ประมาณเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคมของทุกปี) ดังนี้

2.1) การประเมิน Internal Integrity & Transparency Assessment

2.2) การประเมิน External Integrity & Transparency Assessment

2.3) หน่วยงานส่งเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิง

	ประจักษ์(Evidence Based Integrity & Transparency Assessment) ส่งให้สำนักงาน ป.ป.ท. ประมาณเดือนพฤษภาคมของทุกปี				
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. จำนวน 3 เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แบบประเมิน Internal Integrity & Transparency Assessment 2) แบบประเมิน External Integrity & Transparency Assessment 3) แบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 โทรสาร : 02-5901330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 โทรสาร : 02-5901330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 โทรสาร : 02-5901330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	80. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม				
คำนิยาม	<p>การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557</p> <p>ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อร่วมให้นำรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองราคาร่วมในรูป คณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต</p> <p>การจัดซื้อเดี่ยว หมายถึง การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยาของหน่วยงาน ที่มีได้ใช้ผล การดำเนินงานของการจัดซื้อร่วม</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	0.25	0.25	0.25	0.30	0.30
วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยา มีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยาของหน่วยงาน แยกประเภทจัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน				
รายการข้อมูล 1	A = มูลค่าการจัดซื้อร่วม ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 2	B = มูลค่าการจัดซื้อเดี่ยวของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน, 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				0.25	
ปี 2561 :					

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				0.25	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				0.25	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				0.3	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				0.3	
วิธีการประเมินผล :	เขตสุขภาพดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-		2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901628		เภสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-4384207 E-mail : jprapai@gmail.com		
	2. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641		ตำแหน่ง : เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com		
	สำนักบริหารการสาธารณสุข				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
โครงการที่	2. พัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ

ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	81. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแลฝ่ายบริหารและบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ 2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา 3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วย รับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น <p>แนวคิดของการควบคุมภายใน</p> <ol style="list-style-type: none"> การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติการควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีใช้ผลสุดท้ายของกรกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring) การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น

3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือ การใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมายระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายใน หรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุน และผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างกับ ต้นทุนที่เกิดขึ้น

ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน

“การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด”

คำว่า “การควบคุมภายใน” หรือ “ระบบการควบคุมภายใน” เป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยรับตรวจทุกคนควรให้ความสำคัญเพราะเป็นพันธกิจที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสำเร็จลุล่วงตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นการออกแบบการควบคุมภายในอย่างเหมาะสม และการติดตามผลการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนด รวมทั้งการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้บริหารได้รับทราบจุดอ่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้หน่วยรับตรวจสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานการควบคุมภายใน

มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

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

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่มี

อยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ
- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคม โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการและเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเรียกดูและสอบถามต่อไป

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอเหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง

การติดตามประเมินผล หมายถึง การระบุนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของกาควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา

ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้

- พิจารณาวิธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
- กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ

	<ul style="list-style-type: none"> - สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง - ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ <p>การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</p> <p>คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (คตป.) ประจำกระทรวง / ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี 										
เกณฑ์เป้าหมาย											
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 2</td> <td>ร้อยละ 4</td> <td>ร้อยละ 6</td> <td>ร้อยละ 8</td> <td>ร้อยละ 10</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 2	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	ร้อยละ 10	
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 2	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	ร้อยละ 10							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน 2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน กำหนด 3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (9 กรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 แห่ง) และโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข (845 แห่ง)										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการนิเทศงานโดยใช้การประเมินงานระบบการควบคุมภายใน พร้อมรอบการตรวจราชการ และการเข้าตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน										
แหล่งข้อมูล	ลงพื้นที่นิเทศงานกลุ่มเป้าหมาย										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน										

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100											
ระยะเวลาประเมินผล	มกราคม 2560 – กันยายน 2564											
เกณฑ์การประเมิน												
ปี 2560 :												
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน									
			ร้อยละ 2									
ปี 2561 :												
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน									
			ร้อยละ 4									
ปี 2562 :												
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน									
			ร้อยละ 6									
ปี 2563 :												
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน									
			ร้อยละ 8									
ปี 2564 :												
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน									
			ร้อยละ 10									
วิธีการประเมินผล :	<p>การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับที่</th> <th>กิจกรรม</th> <th>ได้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน	1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1	2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	2
ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน										
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1										
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	2										

	3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย. 1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบ กำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวาง ระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุม ภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	3						
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบ ทุกกระบวนการงาน	4						
	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายใน ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	5						
เอกสารสนับสนุน :	หนังสือแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุม ภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พิมพ์ครั้งที่ 2: ตุลาคม ๒๕๕๒								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.						
	หน่วยงานในกระทรวง สาธารณสุขมีระบบ การควบคุมภายในที่ ได้มาตรฐานตามที่ สำนักงานการตรวจ เงินแผ่นดินกำหนด	ร้อยละ	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="974 997 1177 1050">2557</th> <th data-bbox="1177 997 1347 1050">2558</th> <th data-bbox="1347 997 1510 1050">2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="974 1050 1177 1365">1.11</td> <td data-bbox="1177 1050 1347 1365">1.11</td> <td data-bbox="1347 1050 1510 1365">-</td> </tr> </tbody> </table>	2557	2558	2559	1.11	1.11	-
2557	2558	2559							
1.11	1.11	-							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นางสาวเครือพันธ์ บุบุญญ นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-2341 โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6980 โทรสาร : 02-590-2337 E – mail : boonboonboon05@gmail.com นางธัญชนก เสาวรัจ นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-2339 โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6981 โทรสาร : 02-590-2337 E – mail : thancha9@hotmail.com นางสาวดารณี บุญรอด นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-590-2339 โทรศัพท์มือถือ 089-990-0975 โทรสาร : 02-590-2337 E – mail : bowy.97@gmail.com 								

	กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-2339 โทรสาร : 02-590-2337</p> <p>2. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-590-2339 โทรสาร : 02-590-2337</p>	<p>นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 085-485-6981 E – mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ 089-990-0975 E – mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
โครงการที่	2. พัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	82. ร้อยละหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ PMQA
คำนิยาม	<p>หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานที่ปรากฏตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2554 หมวด 19 มาตรา 43 กระทรวงสาธารณสุข มีส่วนราชการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 2. กรมสุขภาพจิต 3. กรมควบคุมโรค 4. กรมอนามัย 5. กรมการแพทย์ 6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 8. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา <p>เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) หมายถึง เกณฑ์ที่หน่วยงานนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบทุกภาคส่วนของระบบ บริหารงาน การพัฒนาปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ โดยตระหนักถึงคุณค่าที่ส่งมอบแก่ผู้รับบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม เกณฑ์ PMQA เป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับเรื่องสำคัญ 7 ด้านในการบริหารและดำเนินงานของหน่วยงาน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การนำองค์การ 2. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3. การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4. การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5. การมุ่งเน้นบุคลากร 6. การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ 7. ผลลัพธ์การดำเนินการ

ซึ่งคำถามทั้งหมดผูกโยงกันเป็นกรอบการบริหารผลการดำเนินการที่มีการบูรณาการเป็น
 หนึ่งเดียว การตอบคำถามเหล่านี้จะช่วยให้หน่วยงานจัดการเรื่องทรัพยากรให้สอดคล้องกัน
 ค้นหาจุดแข็งและโอกาส ในการพัฒนา การปรับปรุงการสื่อสาร การเพิ่มประสิทธิภาพและ
 ความมีประสิทธิภาพ รวมทั้งบรรลุเป้าประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์ ที่จะส่งผลให้หน่วยงาน
 ก้าวหน้าสู่ความเป็นเลิศ โดยส่งมอบคุณค่าที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องให้กับผู้รับบริการและผู้มี
 ส่วนได้ส่วนเสีย เกิดประโยชน์สุข แก่ประชาชน และความสามารถในการแข่งขันของ
 ประเทศ ปรับปรุงประสิทธิผลการดำเนินการและขีดความสามารถของหน่วยงาน มีการ
 ปรับปรุงและเกิดการเรียนรู้ของหน่วยงาน และบุคลากรทุกระดับในหน่วยงานมีการเรียนรู้
 และพัฒนา โดยมี คะแนนของเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด ดังนี้

ลักษณะสำคัญขององค์การ

ส่วนที่ 1 ลักษณะองค์การ

ส่วนที่ 2 สภาวะการณ์ขององค์การ

หมวดและหัวข้อต่างๆ		คะแนน	
1	การนำองค์การ		120
	1.1 การนำองค์การโดยผู้บริหารของส่วนราชการ	70	
	1.2 การกำกับดูแลองค์การและความรับผิดชอบต่อสังคม	50	
2	การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์		80
	2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์	40	
	2.2 การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ	40	
3	การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย		110
	3.1 สาขสนเทศผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	50	
	3.2 การสร้างความผูกพัน	60	
4	การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้		100
	4.1 การวัด การวิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินการของส่วนราชการ	50	
	4.2 การจัดการความรู้ สาขสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศ	50	
5	การมุ่งเน้นบุคลากร		90
	5.1 สภากแนวคัลณ์ค้ำบุคลากร	40	
	5.2 ความผูกพันของบุคลากร	50	
6	การมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ		100
	6.1 กระบวนการทำงาน	60	
	6.2 ประสิทธิภาพการปฏิบัติการ	40	
7	ผลลัพธ์การดำเนินการ		400
	7.1 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพและการบรรลุพันธกิจ	60	
	7.2 ผลลัพธ์ด้านการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	70	
	7.3 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร	70	
	7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์การและการกำกับดูแล	70	
	7.5 ผลลัพธ์ด้านงบประมาณ การเงิน และการเติบโต	60	
	7.6 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการและการจัดการห่วงโซ่อุปทาน	70	
	คะแนนรวม		1,000

เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ผ่าน 280 คะแนน ร้อยละ 55.55 (5 กรัม)	ผ่าน 285 คะแนน ร้อยละ 66.66 (6 กรัม)	ผ่าน 290 คะแนน ร้อยละ 77.77 (7 กรัม)	ผ่าน 295 คะแนน ร้อยละ 88.88 (8 กรัม)	ผ่าน 300 คะแนน ร้อยละ 100 (9 กรัม)
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของภาครัฐให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของหน่วยงาน สู่ระดับมาตรฐานสากล 3. เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการประเมินตนเองและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการของหน่วยงานในสังกัด 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการตรวจประเมินของสำนักงาน ก.พ.ร.				
แหล่งข้อมูล	สำนักงาน ก.พ.ร./ กลุ่มพัฒนาระบบบริหารทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีผลคะแนนการตรวจประเมินจากสำนักงาน ก.พ.ร. \geq คะแนนเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละปี				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/9) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	

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

เงื่อนไข: ใช้ผลการตรวจประเมินจากสำนักงาน ก.พ.ร. ปีละ 1 ครั้ง ช่วงเดือนตุลาคม

วิธีการประเมินผล :

เอกสารสนับสนุน :

เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่
<http://www.opdc.go.th/>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

- ตัวชี้วัดใหม่

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- | | |
|---|--|
| <p>1. นางสาวรณมา เจริญสุวรรณค์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> | <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> |
| <p>2. น.ส.อังคมางค์ หัวเมืองวิเชียร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> | <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> |
| <p>3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> | <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> |
| <p>4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร : 02-5901406</p> | <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> |

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางภารวี แก้วพินนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018 โทรสาร : 02-5901406	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : E-mail : กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
---	---	--

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี					
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	83. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล				
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ</p> <p>2. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และคุณภาพการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>2.1 คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</p> <p>2.2 คุณภาพการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพตามเอกสารการประเมินคุณภาพข้อมูลฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1. ไม่น้อยกว่า 25 % 2. ไม่น้อยกว่า 80 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 % 2. ไม่น้อยกว่า 90 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 % 2. ไม่น้อยกว่า 95 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %	ไม่น้อยกว่า 45 %
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC)</p>				
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สาเหตุการตาย : 76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)</p> <p>2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : หน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย 2. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ 3. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. สาเหตุการตาย : $(A/B) \times 100$ 2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : $(C/D) \times 100$
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 %

ข้อมูลบริการสุขภาพ

ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2560		ไม่น้อยกว่า 80 %		ไม่น้อยกว่า 80 %
2561		ไม่น้อยกว่า 90 %		ไม่น้อยกว่า 90 %
2562		ไม่น้อยกว่า 95 %		ไม่น้อยกว่า 95 %
2563				
2564				

วิธีการประเมินผล :

1.สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร)

จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="540 222 998 380"> 1. นายมณฑล บัวแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497 โทรสาร : 02-591-8627 </td> <td data-bbox="998 222 1539 380"> หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : monthon.b@moph.mail.go.th </td> </tr> <tr> <td data-bbox="540 401 998 558"> 2. นางนพรัตน์ จันทศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรสาร : 02-591-8194 </td> <td data-bbox="998 401 1539 558"> รองหัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jantasri@health2.moph.go.th </td> </tr> </table> <p data-bbox="540 579 1308 621">สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	1. นายมณฑล บัวแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497 โทรสาร : 02-591-8627	หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : monthon.b@moph.mail.go.th	2. นางนพรัตน์ จันทศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรสาร : 02-591-8194	รองหัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jantasri@health2.moph.go.th
1. นายมณฑล บัวแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497 โทรสาร : 02-591-8627	หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : monthon.b@moph.mail.go.th				
2. นางนพรัตน์ จันทศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรสาร : 02-591-8194	รองหัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jantasri@health2.moph.go.th				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
-------------------------	--

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
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	
ปี 2564 : ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50	60	70	80	
วิธีการประเมินผล :					
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางทิพย์วรรณ ยงศิริวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
	2. นางกนกวรรณ มาป้อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901169 โทรสาร : 025901215		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ict-moph@health.moph.go.th		
	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
-------------------------	--

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	85. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)				
คำนิยาม	Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	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					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1	2	3	4	
ปี 2561 : ร้อยละ สถานพยาบาล ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลการส่งต่อของตนเองได้					
	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					

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
		60	70	80		
ปี 2563 : ร้อยละ สถานพยาบาล ระดับระดับปฐมภูมิ ที่ผู้ป่วยโรค NCD สามารถเข้าถึงข้อมูล ของตนเองได้						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	65	75	85	95		
ปี 2564 : ร้อยละสถานพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผู้ป่วยโรค NCD สามารถเข้าถึงข้อมูล ของตนเองได้						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	50	60	70	80		
วิธีการประเมินผล :						
เอกสารสนับสนุน :						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางทิพย์วรรณ ยงศิริวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
		2. นางกนกวรรณ มาป๋อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรสาร : 02-5901215		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ict-moph@health.moph.go.th		
		ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
-------------------------	--

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด เชิงปริมาณ	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"> ▪ ก ต้องมีค่าไม่ต่างจาก ง $\pm 10\%$ ▪ ข ต้องมีค่าไม่ต่างจาก ง $\pm 10\%$ ▪ ค ต้องมีค่าไม่ต่างจาก ง $\pm 10\%$ 				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	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"> ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ▪ ระบบประกันสังคม และ ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก				

แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก		
รายการข้อมูล 1	1. รวบรวมรายจ่ายสุขภาพของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก		
รายการข้อมูล 2	2. รวบรวมจำนวนสมาชิกทั้งหมดของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก และจำนวนสมาชิกแยกตามกลุ่มอายุ (อ้างอิงกลุ่มอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ^{1*})		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ก. ทหารด้วย ง. คุณ 100 ต้องไม่เกินกว่า $\pm 10\%$ ข. ทหารด้วย ง. คุณ 100 ต้องไม่เกินกว่า $\pm 10\%$ ค. ทหารด้วย ง. คุณ 100 ต้องไม่เกินกว่า $\pm 10\%$		
ระยะเวลาประเมินผล	ภายใน 2565		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
ปี 2561 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
ปี 2562 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
ปี 2563 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
ปี 2564 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
วิธีการประเมินผล :			
เอกสารสนับสนุน :	หนังสือ SAFE		

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>ขณะนี้ยังไม่มี baseline data ต้องทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลปี 2557, 2558 และ 2559</p> <table border="1" data-bbox="581 205 1494 382"> <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></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2557	2558	2559										
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ</p>													
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ</p>													
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ</p>													

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี					
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	87. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ				
คำนิยาม	การจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
วัตถุประสงค์	ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ▪ ระบบประกันสังคม และ ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก				
รายการข้อมูล 1	1. รวบรวมอัตราการจ่ายเงินด้วย DRG (เป็นบาทต่อ RW) ของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลักให้แก่โรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้ง โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน				
รายการข้อมูล 2	2. รวบรวมรายการและอัตราการจ่ายเงินวัสดุการแพทย์ราคาแพงและยาราคาแพงที่มีการจ่ายเฉพาะเจาะจงตามรายการ ของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลักให้แก่โรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้ง โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ไม่มี				
ระยะเวลาประเมินผล	ภายใน 2565				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

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 :

เอกสารสนับสนุน :

หนังสือ SAFE

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ขณะนี้ยังไม่มี baseline data ต้องทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลปี 2557, 2558 และ 2559

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ตำแหน่ง :
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail :

2. ตำแหน่ง :
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail :

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กลุ่มประกันสุขภาพ

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กลุ่มประกันสุขภาพ</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี					
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	88. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2560				
คำนิยาม	ประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุละส่งการ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1,500,000 ครั้ง	1,550,000 ครั้ง	1,600,000 ครั้ง	1,650,000 ครั้ง	1,700,000 ครั้ง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)				
แหล่งข้อมูล	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				
รายการข้อมูล 1	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนนับ				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	375,000	750,000	1,125,000	1,500,000	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	390,000	780,000	1,170,000	1,550,000	

ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	400,000	800,000	1,200,000	1,600,000
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	412,500	825,000	1,237,500	1,650,000
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	425,000	850,000	1,275,000	1,700,000
วิธีการประเมินผล :	1.มีระบบตรวจสอบ (Audit) เอกสารแบบฟอร์มการปฏิบัติงาน 2.ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบ ITEMS			
เอกสารสนับสนุน :	รายงานการตรวจสอบแบบฟอร์มการปฏิบัติงานในระบบ Audit ข้อมูลในระบบฐานข้อมูล ITEMS			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	1,337,035	ครั้ง	1,277,985	1,337,035
	ปี 2559 ผลงาน 8 เดือน			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :	
	2. โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :	
	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ			

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธัญจิรา ธนาศิริชัชนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>2. นางสินีนุช ไชยสิทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-872166 โทรสาร : 02-8721603 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 081-8191669 E-mail : Thunjira.t@niems.go.th</p>
---	--	--

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี																			
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																		
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																		
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน																		
ลักษณะ	Lagging Indicator																		
ระดับการวัดผล	ประเทศ																		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	89. คริวเรือที่ต้องกลายเป็นคริวเรือยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ไม่เกินร้อยละ 0.4																		
คำนิยาม	<p>คริวเรือที่ต้องกลายเป็นคริวเรือยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คำนวณจากจำนวนคริวเรือที่อยู่เหนือเส้นความยากจน แต่ภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้ว คริวเรือตกอยู่ใต้เส้นความยากจน</p> <p>หมายเหตุ : อ้างอิงจาก เป้าประสงค์ความเพียงพอ และความเป็นธรรม ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 7</p> <p>ของข้อเสนอการคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (SAFE)</p> <p>: อ้างอิงจากเป้าหมาย3.8 (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 สถานการณ์การประสพภาวะกลายเป็นคริวเรือยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจทุกปี																		
แหล่งข้อมูล	การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของคริวเรือโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลเส้นความยากจน ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคริวเรือที่อยู่เหนือเส้นความยากจนที่กลายเป็นคริวเรือภายใต้เส้นความ																		

	ยากจน ภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครัวเรือนทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B X 100
ระยะเวลาประเมินผล	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.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	0.47		รอข้อมูล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	นางกาญจนา ศรีชมพู		ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงาน		

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
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 มูลค่าของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตขึ้นภายในประเทศในระยะเวลาหนึ่งโดยไม่คำนึงถึงว่าทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตสินค้าและบริการจะเป็นทรัพยากรของพลเมืองในประเทศหรือเป็นของชาวต่างประเทศ ในทางตรงข้าม ทรัพยากรของพลเมืองในประเทศแต่ไปทำการผลิตในต่างประเทศก็ไม่นับรวมไว้ในผลิตภัณฑ์ในประเทศ</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></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ไม่เกินร้อยละ 6</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					ไม่เกินร้อยละ 6
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
				ไม่เกินร้อยละ 6							
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนรายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยการลงทุนด้านสุขภาพที่เหมาะสม ไม่ควรจะมีสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมที่ต่ำเกินไปหรือสูงเกินไป										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รายจ่ายของประเทศไทย										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> รายงานข้อมูลรายได้ประชาชาติของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานงบประมาณประจำปี สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 										
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี 										

	3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ			
	4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = รายงานด้านสุขภาพของประเทศ			
รายการข้อมูล 2	B = ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
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 :				
เอกสารสนับสนุน :				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
				2557 2558 2559
			ร้อยละ	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :		

	<p>2.</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> <p>ตำแหน่ง :</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1.</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> <p>ตำแหน่ง :</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p> <p>สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)										
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ										
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	91. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)										
คำนิยาม											
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></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
วัตถุประสงค์											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล											
แหล่งข้อมูล											
รายการข้อมูล 1											
รายการข้อมูล 2											
รายการข้อมูล 3											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด											
ระยะเวลาประเมินผล											
เกณฑ์การประเมิน											
ปี 2560 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
ปี 2561 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								

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 :				
เอกสารสนับสนุน :				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 2558 2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		2. โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	92. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีปัญหาทางการเงินโดยมีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ทำให้ขาดสภาพคล่องหรือมีสถานะการเงินอยู่ในระดับวิกฤติ กำหนดเป็นเกณฑ์วัดเป็น 7 ระดับ ประกอบด้วยดัชนีทางการเงิน 3 กลุ่ม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และ อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) 2) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย ทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital : NWC) และ รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income or EBITDA) 3) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน เป็นการคาดการณ์ระยะเวลา ทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยะเวลาน้อยกว่า 3 เดือน หรือ จะหมดภายในระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน <p>ระดับคะแนนที่แสดงถึงการขาดสภาพคล่องหรือวิกฤติสูงสุดคือระดับ 7 โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน 2) Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน 3) Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน 4) ทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = 1 คะแนน 5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน 6) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < ๓ เดือน = ๒ คะแนน 7) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < ๖ เดือน = ๑ คะแนน <p>หน่วยบริการที่มีค่าดัชนีน้อยกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการเข้าสู่สถานะความเสี่ยงทางการเงินและต้องเฝ้าระวัง ซึ่งจะมีการประเมินทุกไตรมาส</p>

	<p>หมายเหตุ</p> <p>ระบบข้อมูลบัญชีที่ดีและมีคุณภาพ ของหน่วยบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผลการประเมินผลสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง</p> <p>การบริการจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพมีส่วนสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
10	8	7	6	5	
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน</p> <p>2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัตสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กลุ่มประกันสุขภาพ) รายไตรมาส				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มประกันสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
10	10	15	10		
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
10	10	12	8		

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
10	8	10	5

วิธีการประเมินผล :

การวัด/วิเคราะห์

เอกสารสนับสนุน :

- รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส 1/57 ร้อยละ 11.58	ไตรมาส 1/58 ร้อยละ 6.31	ไตรมาส 1/59 ร้อยละ 8.71
		ไตรมาส 2/57 ร้อยละ 12.13	ไตรมาส 2/58 ร้อยละ 5.76	ไตรมาส 2/59 ร้อยละ 5.04
		ไตรมาส 3/57 ร้อยละ 12.91	ไตรมาส 3/58 ร้อยละ 12.19	ไตรมาส 3/59 ร้อยละ 9.83
		ไตรมาส 4/57 ร้อยละ 9.18	ไตรมาส 4/58 ร้อยละ 15.65	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นพ.เกษม ตั้งเกษมสำราญ ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :

โทรสาร : E-mail : tkasame@gmail.com
- นางอมรรัตน์ พิระพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง

โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :

โทรสาร : E-mail : amonrattana@gmail.com

	<p>3. นางน้อมนงค์ สายรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576</p> <p>4. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 0 2590 1576</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nimanong_15@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail :meawrnothai@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576</p> <p>กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : meawrnothai@gmail.com</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี					
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	15. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	93. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์				
คำนิยาม	องค์ความรู้ที่ผ่านการวิจัย/พัฒนาและนำไปถ่ายทอด/เผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/ทางการสาธารณสุขที่วิจัย/พัฒนาได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.ผลงานวิชาการ/วิจัยของบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ 2.ผลงานทางวิชาการ/วิจัยของบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขในส่วนกลาง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.การแจ้งนับองค์ความรู้ที่ผลิตโดย 1.1 หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (สำนักการพยาบาลและสำนักวิชาการสาธารณสุข) 1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานเข้าประกวดและผ่านการคัดเลือกผลงานดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข 1.3 ผลงานทางวิชาการที่ได้รับจากการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพผลงาน ได้รับการคัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญให้เป็นวิชาการดีเด่น โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข 1.4 เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ส่งผลงานเข้าประกวดในการประชุมวิชาการปลายปีของสำนักการพยาบาล 2.การนิเทศ				

แหล่งข้อมูล	1.หน่วยงานส่วนกลาง 1.1.สำนักการพยาบาล 1.2.สำนักวิชาการสาธารณสุข 2.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนองค์ความรู้ที่ผ่านการวิจัย/พัฒนาและได้นำไปถ่ายทอด/เผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นในปีที่เก็บข้อมูล								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนองค์ความรู้ที่ผ่านการวิจัย/พัฒนาและได้นำไปถ่ายทอด/เผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ ของปีที่ผ่านมา								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เดือนกันยายน)								
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>20</td> <td>40</td> <td>60</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	20	40	60	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
20	40	60	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>20</td> <td>40</td> <td>60</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	20	40	60	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
20	40	60	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>20</td> <td>40</td> <td>60</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	20	40	60	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
20	40	60	80						
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>20</td> <td>40</td> <td>60</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	20	40	60	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
20	40	60	80						
ปี 2564 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20</td> <td>40</td> <td>60</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	20	40	60	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
20	40	60	80						
วิธีการประเมินผล :									
เอกสารสนับสนุน :									

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ระดับความสำเร็จ ผลงานวิชาการได้รับ การพัฒนาและนำไป ถ่ายทอดเผยแพร่	ระดับ	5	5	5
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
	2. โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางศิริมา ลีละวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5706263-64 โทรสาร :		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
	2. นางชนิดา กาจันะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร :		ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
	สำนักการพยาบาล สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)										
แผนที่	15. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ										
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	94. ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี										
คำนิยาม	<p>การวิจัยด้านสุขภาพ หมายถึง ศึกษาค้นคว้า หาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข</p> <p>งบประมาณที่เกี่ยวกับงานวิจัย หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานใช้จ่ายในการวิจัย เช่น เงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร ค่าใช้จ่ายสำหรับงานสนาม ค่าใช้จ่ายสำนักงาน ค่าครุภัณฑ์ ค่าประมวลผลข้อมูล ค่าพิมพ์รายงาน ค่าจัดประชุมวิชาการ เพื่อปรึกษาเรื่องการค้าดำเนินงาน หรือเพื่อเสนอผลงานวิจัยเมื่อจบโครงการแล้ว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ</p> <p>งบดำเนินการ หมายถึง รายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายเพื่อการบริหารงานประจำของหน่วยงาน ได้แก่ รายจ่ายที่จ่ายในลักษณะค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ และค่าสาธารณูปโภค รวมถึงรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายจากงบรายจ่ายอื่นใดในลักษณะรายจ่ายดังกล่าว</p> <p>ปีงบประมาณ 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></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อพัฒนานักวิจัยให้มีศักยภาพและเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญด้านวิชาการ การสร้างนวัตกรรม และการเพิ่มประสิทธิภาพในงานด้านสาธารณสุข ภายใต้โครงการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยให้กับนักวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการ 										

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมการแพทย์ 3. กรมควบคุมโรค 4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 6. กรมสุขภาพจิต 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 = งบประมาณดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 2	B = งบประมาณดำเนินการทั้งหมดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	1) รอบ 6 เดือน ร้อยละ 40 2) รอบ 12 เดือน ร้อยละ 60								
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></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2561 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						

ปี 2562 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
ปี 2563 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
ปี 2564 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
วิธีการประเมินผล :		1. การตรวจสอบติดตามการใช้จ่ายเงินและผลการดำเนินงาน		
		2. การประเมินผลการใช้จ่ายเงินและผลการดำเนินงาน		
		3. การรายงาน		
เอกสารสนับสนุน :				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
				2557 2558 2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.สมควร หาญพัฒน์ชัยกูร ตำแหน่ง : โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : 2. นางจิรภฎา วานิชอังกูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : ppproject2016@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางจิรภฎา วานิชอังกูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1706 โทรศัพท์มือถือ : 08-9799-7079 โทรสาร : 0-2591-9832 E-mail: chiraphada@hotmail.com สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี																					
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																				
แผนที่	15. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ																				
โครงการที่	2. โครงการสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ																				
ลักษณะ	Leading Indicator																				
ระดับการวัดผล	ประเทศ																				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	95. ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ																				
คำนิยาม	ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมการจัดการความรู้ตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น																				
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 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100										
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																	
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100																	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการความรู้อย่างเป็นรูปธรรม																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงาน 9 กรม และเขตสุขภาพ 1-12 รวม 21 หน่วยงาน																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน / web site : http://kmmoph.com/																				
แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน 9 กรม และเขตสุขภาพ 1-12 รวม 21 หน่วยงาน																				
รายการข้อมูล 1	A = หน่วยงานผ่านเกณฑ์																				
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยงานทั้งหมด																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เดือนกันยายนของทุกปี)																				
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>-มีการวางแผนการจัดการความรู้</td> <td>-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ</td> <td>-มีการควบคุมกำกับติดตามงาน</td> <td>-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com/</td> </tr> <tr> <td>-มีแผนปฏิบัติการประจำปี</td> <td>โครงการ/กิจกรรม</td> <td>-มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน</td> <td>-มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้</td> </tr> <tr> <td>-มีแผนงบประมาณ</td> <td>-จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้</td> <td>-มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม</td> <td>-มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี</td> </tr> <tr> <td>-จัดทำรายละเอียด KPI</td> <td>-รูปภาพกิจกรรม</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-มีการวางแผนการจัดการความรู้	-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ	-มีการควบคุมกำกับติดตามงาน	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com/	-มีแผนปฏิบัติการประจำปี	โครงการ/กิจกรรม	-มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน	-มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้	-มีแผนงบประมาณ	-จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	-มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	-มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี	-จัดทำรายละเอียด KPI	-รูปภาพกิจกรรม		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																		
-มีการวางแผนการจัดการความรู้	-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ	-มีการควบคุมกำกับติดตามงาน	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com/																		
-มีแผนปฏิบัติการประจำปี	โครงการ/กิจกรรม	-มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน	-มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้																		
-มีแผนงบประมาณ	-จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	-มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	-มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี																		
-จัดทำรายละเอียด KPI	-รูปภาพกิจกรรม																				

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผน การจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการ ประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-มีการดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผล การดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผล แต่ละกิจกรรม	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com/ -มีการประเมินผลและสรุปผลการ ดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปี

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผน การจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการ ประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-มีการดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผล การดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผล แต่ละกิจกรรม	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com/ -มีการประเมินผลและสรุปผลการ ดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปี

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผน การจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการ ประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-มีการดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผล การดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผล แต่ละกิจกรรม	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com/ -มีการประเมินผลและสรุปผลการ ดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผน การจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการ ประจำปี	-มีการดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้	-มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผล การดำเนินงาน	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com/ -มีการประเมินผลและสรุปผลการ ดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี

	-มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-รูปภาพกิจกรรม	-มีสรุปประเมินผล แต่ละกิจกรรม		
วิธีการประเมินผล :					
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ระดับความสำเร็จ การขับเคลื่อน การจัดการความรู้ หน่วยงานกระทรวง สาธารณสุข	ระดับ	5	5	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวลภัสสรดา โอสถานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.นางสาวลภัสสรดา โอสถานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี											
หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)										
แผนที่	16. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ										
โครงการที่	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	96. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้										
คำนิยาม	<p>กฎหมาย หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับ พระราชบัญญัติ และกฎหมายลำดับรองที่ได้ออกตามพระราชบัญญัติได้ให้อำนาจไว้ ซึ่งออกโดยกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การแก้ไข หมายถึง กระบวนการแก้ไขกฎหมายแต่ละฉบับที่กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการเสนอรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และเสนอปรับปรุงแก้ไขต่อหัวหน้าส่วนราชการพิจารณาในแต่ละปี</p> <p>ปี หมายถึง ปีงบประมาณ</p> <p>การบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญ หมายถึง กฎหมายในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่คณะกรรมการเครือข่ายนักกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายระดับกระทรวงพิจารณาคัดเลือก โดยพิจารณาจากปัญหาที่เกิดขึ้นผลกระทบและการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในแต่ละปีไม่ต่ำกว่า 10 ฉบับ โดยจะดำเนินการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่คัดเลือกดังกล่าวแก่นิติกรและผู้ปฏิบัติงานด้านการบังคับใช้กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดต่าง ๆ ให้ปฏิบัติหน้าที่บังคับใช้กฎหมายได้ดียิ่งขึ้นพร้อมที่จะเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขให้เพียงพอกับการปฏิบัติงาน โดยมีความก้าวหน้าในการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายของแต่ละจังหวัดในเขตรับผิดชอบของเขตสุขภาพซึ่งดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญได้</p> <p>การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุง ได้รับการแก้ไข</p> <table border="1" data-bbox="245 1713 1469 1831"> <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 85</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85							

2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน แจกแจงเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากความสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมาย แต่ละระดับดังนี้

ระดับคะแนน	ค่าเป้าหมายผลงาน/รายละเอียดการดำเนินการ
1.	แต่งตั้งผู้รับผิดชอบหรือแต่งตั้งคณะกรรมการในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อกำหนดกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะบังคับใช้ปี 2560 กำหนดการกำกับติดตามการบังคับใช้กฎหมาย และแจ้งแนวทางและนโยบายในการบังคับใช้กฎหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเขตสุขภาพดำเนินการตามตัวชี้วัด
2.	รายงานผลการดำเนินการของการบังคับใช้กฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเขตสุขภาพให้กระทรวงสาธารณสุขทราบทุกเดือน
3.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบผลการดำเนินการในการมีการร้องเรียนในชั้นพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการและศาลเพื่อทราบความคืบหน้าและแจ้งผลของเรื่องหรือคดีที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทุกเรื่องที่ทำเนียบรายงานกระทรวงสาธารณสุขทราบทุก 2 เดือน
4.	เขตสุขภาพตรวจสอบผลการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพแล้วสรุปรายงานพร้อมเอกสารหลักฐานให้กระทรวงสาธารณสุขทุก 2 เดือน (ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพ)
5.	เขตสุขภาพตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามที่ได้รายงานและไม่ทราบการกระทำที่ฝ่าฝืนการละเมิดกฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขนอกเหนือจากที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเขตสุขภาพสรุปสภาพปัญหาหรืออุปสรรคที่สำคัญที่อาจมีส่วนทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์เสนอผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทราบ
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและทันสมัย 2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลและประเมินโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเขตสุขภาพและประเมินโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล	1. กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกฎหมายที่สามารถเสนอปรับปรุงแก้ไขได้ภายใน 1 ปี		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกฎหมายที่มีการเสนอปรับปรุงแก้ไขทั้งหมดใน 1 ปี		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	1. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุง ได้รับการแก้ไข ประเมินปีละ 1 ครั้ง 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ประเมินทุก 6 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน			
1. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุง ได้รับการแก้ไข			
ปี 2560 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 10	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 25	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 40	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 50
ปี 2561 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 20	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 30	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 50	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 60
ปี 2562 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 10	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 10	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 10	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 10
ปี 2563 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 20	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 40	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 60	จำนวนกฎหมายที่เสนอแก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จำนวนกฎหมายที่เสนอ แก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 20	จำนวนกฎหมายที่เสนอ แก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 45	จำนวนกฎหมายที่เสนอ แก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 65	จำนวนกฎหมายที่เสนอ แก้ไขปรับปรุงได้ร้อยละ 85

2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ประเมินตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน

วิธีการประเมินผล :	<p>1. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุง ได้รับการแก้ไข พิจารณาจากกฎหมายที่เสนอแก้ไขโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเขตสุขภาพโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
เอกสารสนับสนุน :	แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901430 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>2. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>3. นายกิตติ พวงกนก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>ผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายกิตติ พวงกนก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				