**รายการแก้ไขรายละเอียดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2561 หลัง วันที่ 15 กันยายน 2560**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน** |
| **รายการข้อมูล 1** | **A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไป~~สถานบริการสุขภาพ~~ของรัฐ~~ทุกระดับ~~ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน** |
| **รายการข้อมูล 2** | **B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไป~~สถานบริการสุขภาพ~~ของรัฐ~~ทุกระดับ~~ทั้งหมด** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย** |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย | อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน | 24.23 | 24.26 | 23.75 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904435 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904427 E-mail : pimolphantang@gmail.com   1. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425 โทรศัพท์มือถือ : 086-8997380  โทรสาร : 02-5904427 E-mail : noi\_55@hotmail.com  **สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ นักวิชาการสาธารณสุข   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904438 โทรศัพท์มือถือ : 089-5465561  โทรสาร : 02-5904427 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com  **สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย** |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ผู้กำกับตัวชี้วัด  1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : drwachira99@gmail.com  ~~2. นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904007 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : E-mail : drthong@gmail.com~~  3. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918166 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : ekachaipien@hotmail.com  4. นางสาวสายพิณ โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918104 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : saipin.chotivichien@gmail.com  ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  1. นางพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก  สำนักส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02–5904427 E-mail: pimolphan.t@anamai.mail.go.th  2. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะลีพรรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็ก แห่งชาติ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918104 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02–5910557 E-mail : teerboon@hotmail.com  **สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี** |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = (B2/ B1) × 100  2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน = (A1 / ~~B1~~ B2) × 100  3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = (A2 / B3)  4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = (A3 / B4) |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4  หมายเหตุ : นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน** |
| **คำนิยาม** | **เด็กวัยเรียน** **หมายถึง** เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)  **โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด** **หมายถึง** โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส ~~และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)~~  **ภาวะเตี้ย** **หมายถึง** ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า – 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากมีการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ  **ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน** **หมายถึง** น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542  **ภาวะผอม** **หมายถึง** น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน  **สูงดี** **หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D. ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ  **สมส่วน** **หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 S.D. ถึง -1.5 S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง  **เด็กสูงดีสมส่วน** **หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)  **ส่วนสูงเฉลี่ย** **หมายถึง** ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ**  **64** | | 1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน | ~~66~~  68 | ~~66~~  70 | ~~66~~  72 | ~~66~~  74 | | 2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี  - เด็กชาย (เซนติเมตร)  - เด็กหญิง (เซนติเมตร) | **-**  **-** | **-**  **-** | **-**  **-** | 154  155 | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส ~~มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)~~ |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ~~ขั้นตอนที่ 1-3.1~~  ~~(ภาค 2 ปีกศ.60)~~ | ~~ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5~~  68 | ~~ขั้นตอนที่ 4~~ | ~~ขั้นตอนที่ 3.3~~  ~~(ภาค 1 ปีกศ.61) และ 5~~  68 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ~~ขั้นตอนที่ 1-3.1~~  ~~(ภาค 2 ปีกศ.61)~~ | ~~ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5~~  70 | ~~ขั้นตอนที่ 4~~ | ~~ขั้นตอนที่ 3.3~~  ~~(ภาค 1 ปีกศ.62) และ 5~~  70 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ~~ขั้นตอนที่ 1-3.1~~  ~~(ภาค 2 ปีกศ.62)~~ | ~~ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5~~  72 | ~~ขั้นตอนที่ 4~~ | ~~ขั้นตอนที่ 3.3~~  ~~(ภาค 1 ปีกศ.63) และ 5~~  72 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ~~ขั้นตอนที่ 1-3.1~~  ~~(ภาค 2 ปีกศ.63)~~ | ~~ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5~~  74 | ~~ขั้นตอนที่ 4~~ | ~~ขั้นตอนที่ 3.3~~  ~~(ภาค 1 ปีกศ.64) และ 5~~  74 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **~~ขั้นตอนที่ 1~~** ~~จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน~~  ~~และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัดโดย~~  ~~PM จังหวัด~~  **~~ขั้นตอนที่ 2~~** ~~จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และนำข้อมูล~~  ~~ไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ~~  **~~ขั้นตอนที่ 3~~** ~~สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง~~   1. ~~จังหวัดมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ และคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง~~ 2. ~~รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค. 60 ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายัง กยผ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. 2560~~ 3. ~~รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายัง กยผ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 2560~~   **~~ขั้นตอนที่ 4~~** ~~จังหวัดมีการดำเนินการ ดังนี้~~   1. ~~การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)~~ 2. ~~การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน~~ 3. ~~มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign 1) รอบคอดำ 2) นั่งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (service plan) คลินิก DPAC ติดตามและรายงานผล~~ 4. ~~รายงานตามระบบ~~   **~~ขั้นตอนที่ 5~~** ~~จังหวัดมีรายงาน ดังนี้~~   1. ~~สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน~~ 2. ~~จำนวนนักจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) (ครูข.) และแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Leader)~~   1**.**จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้  1.1 จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนและดำเนินการตามแผน  1.2 จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย )  - รณรงค์ดื่มนมจืด ปีละ 2 ครั้ง วันเด็กแห่งชาติและวันดื่มนมโลก  - ร่วมกับศูนย์อนามัยจัดกิจกรรมประกวดเมนูผักเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์  - จัดมหกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุกเพื่อเด็กไทยสูงสมส่วนแข็งแรง IQ EQ ดี  1.3 คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในระบบ service plan  1.4 ผลักดันให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 3 แห่ง  1.5 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุม คือ :  ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค.  ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.  ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค.  ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.  1.6 รวบรวมสรุปและสรุปผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขต ตามรายไตรมาส ได้แก่  - จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ  - จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ดื่มนมจืดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก  - จำนวนนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ดื่มนมจืดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก  - รายงานจำนวนเด็กกกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ สถานบริการสาธารณสุข  2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้  2.1 รายงานงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส  2.2 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข  และคลินิก DPAC  2. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)  3. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน  4. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง”สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส  5. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง  6. หนังสือเมนูผักกุ๊กน้อย 4 ภาค  7. แนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียน  8. สื่อสิ่งพิมพ์และวิดิทัศน์กิจกรรมทางกายสำหรับเด็กวัยเรียน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | | **ปีอื่นๆ** | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | | เด็กอายุ 6-14 ปี  สูงดีสมส่วน | ร้อยละ | - | - | ~~64~~  65 | ~~63.9~~  64.5 | 65.1 | | เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม | ร้อยละ | - | - | 5.2 | - | ~~5~~ | | เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน | ร้อยละ | 17.0 (พ.ศ. ~~2556~~ 2560) | 8.8 | 9.5 | 12.4 | 11.2 | | เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย | ร้อยละ |  | - | 7.5 | - | 5.1 | | ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี\*  วัดผลที่ปี 2564 | เซนติเมตร | ชาย = 148.2  หญิง = 151.1 | - | - | - | - | | หมายเหตุ : \*ข้อมูลส่วนสูงเฉลี่ย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สุขภาพเด็ก) โดยการตรวจร่างกาย  ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-2 | | | | | |  | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. แพทย์หญิงพรเลขา บรรหารศุภวาท นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : ponlekha@anamai.mail.go.th  2. นางสาวพรวิภา ดาวดวง นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904339-0 E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th  **กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย**  3. ~~นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ นักโภชนาการปฏิบัติการ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th~~  ดร.นภัสบงกช ศุภะพิชน์ นักวิชาการชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904584 E-mail : suppich\_2@hotmail.com  **กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยรุ่นและวัยเรียน กองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. ~~นางสาวพรวิภา ดาวดวง นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : 02-5904339 E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th~~  นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ นักโภชนาการปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th  **กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย**  2. นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารุกิตติ์ นักโภชนาการปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904339 E-mail:~~chaichana.b@anamai.mail.go.th~~  sureerat.pi@anamai.mail.go.th  **กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย**  3. นางสาวขนิษฐา ระโหฐานนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904584 E-mail :got\_achi@hotmail.com  **กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยรุ่นและวัยเรียน กองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ** |

**แบบสรุปผลรายงานกิจกรรมส่งเสริมเด็กวัยเรียนสมส่วน**

| **ลำดับ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| --- | --- |
| 1. | 1.ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **แผนงาน** | **ระดับจังหวัด**  **(ชื่อแผนงาน)** | **ระดับอำเภอ**  **(ชื่อแผนงาน)** | | 1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน |  |  | | 2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ | | | | 2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน |  |  | | 2.2 เด็กผอม |  |  | | 2.3 เด็กเตี้ย |  |  |   2.กิจกรรมสำคัญ/กระบวนการดำเนินงาน : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **กระบวนการ** | **กิจกรรมสำคัญ** | | | **ระดับจังหวัด** | **ระดับอำเภอ** | | 1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน |  |  | | 2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ | | | | 2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน |  |  | | 2.2 เด็กผอม |  |  | | 2.3 เด็กเตี้ย |  |  | |
| 2. | กิจกรรมรณรงค์และสื่อสารในพื้นที่  1.ดื่มนมจืดยืดความสูง  จำนวน…………………….…….ครั้ง จำนวนโรงเรียน……………………….แห่ง  จำนวนนักเรียน………………………………….คน  2.กิจกรรมทางกาย กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก  จำนวน…………………….…….ครั้ง จำนวนโรงเรียน……………………….แห่ง  จำนวนนักเรียน………………………………….คน |
| 3. | 1.ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง  ภาคเรียนที่ .................. ปีการศึกษา .......................   |  |  |  | | --- | --- | --- | | จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่  (คน) | จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (คน) | ความครอบคลุม  (ร้อยละ) | |  |  |  |   2. ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | สูงดีสมส่วน | | เริ่มอ้วนและอ้วน | | ผอม | | เตี้ย | | | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | |  |  |  |  |  |  |  |  |   3. เปรียบเทียบภาวะโภชนาการ 2 ภาคเรียน  3.1 สูงดีสมส่วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ H/A) ในคนเดียวกัน )   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60) | | ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61) | | | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | |  |  |  |  |   3.2 ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) )   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60) | | ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61) | | | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | |  |  |  |  |   3.3 ภาวะผอม (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) )   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60) | | | ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61) | | | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | | ร้อยละ | |  |  |  | |  |   3.4 ภาวะเตี้ย (ส่วนสูงตามเกณฑ์ส่วนสูง (H/A) )   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60) | | ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61) | | | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | |  |  |  |  | |
| 4. | จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ   |  |  | | --- | --- | | ประเภทโรงเรียน | จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง) | | ประถมศึกษา |  | | ประถมศึกษาขยายโอกาส |  | |
| 5. | 1.จำนวนโรงเรียนมีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง obesity sign..........................แห่ง  พบเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง\*…………………..คน  2.จำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง **(จากข้อ1.)\***ได้รับการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขจำนวน..........................คน (ระบุรายละเอียด)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รพศ./รพท.  (คน) | รพ**ช**.  (คน) | รพ.สต.  (คน) | คลินิก DPAC  (คน) | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **10. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ** |
| **คำนิยาม** | **วัยทำงาน** **หมายถึง** ประชาชนอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ./ รพช./ รพท. และ รพ.สต.  **ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง** น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม. โดยคำนวณจาก น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ตรม.)  **ผู้นำด้านสุขภาพ** (Health leader) ผู้ที่มีความสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองและสามารถกระตุ้นให้บุคคลอื่นๆในชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ด้านการเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | ~~- หน่วยงานภาครัฐและเอกชน~~  ~~- หมู่บ้าน/ชุมชน~~  Health data center (HDC) |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน  ที่มีดัชนีมวลกายปกติที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 ~~(ข้อมูลในระบบ HDC)~~ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | ~~1. โรคอ้วนลงพุง~~  ~~2. พิชิตอ้วน พิชิตพุง~~  ~~3. ดูแลหุ่นสวย ด้วยตนเอง~~  ~~4. ขยับกับกิน~~   |  |  | | --- | --- | | 1.โรคอ้วนลงพุง | 7.ออกกำลังกายในคนอ้วน | | 2.พิชิตอ้วน พิชิตพุง | 8. แนวทางการสร้างผู้นำสุขภาพ | | 3. ดูแลหุ่นสวยด้วยตนเอง | 9. เดินขึ้นบันไดโอกาสทองของสุขภาพ | | 4. ขยับกับกิน | 10.องค์ความรู้ ทฤษฎีการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ | | 5. กินผักชะลอวัย หุ่นสวยหน้าใส | 11. ออกกำลังกายในวัยทำงาน | | 6. ประชุมได้ผล คนได้สุขภาพ | 12. การเดินนี้ไซร้ ไม่ใช่ธรรมดา |   สามารถดาวโหลดได้ที่ www.dopah.anamai.moph.go.th  http://nutrition.anamai.moph.go.th |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 | | วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 54.08 | ร้อยละ | 54.75  (ปชก 7.8 ลค.) | ~~53.82~~  52.54  (ปชก ~~13.5~~  5.7 ลค.) | 54.08  (ปชก 10 ลค ณ 9 กย.59)  51.44  (ปชก 10 ลค  ณ 8 ตค.59) | 51.80  (ปชก 6.7 ลค. ณ 25 กย.60) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. ~~นางกุลพร สุขุมาลตระกูล นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : 02-5904339 E-mail :~~~~kunpunk11@gmail.com~~  แพทย์หญิงนภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904328 โทรศัพท์มือถือ : 081-4211411  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : napavkul@gmail.com  2. นายแพทย์อุดม อัศวุตมางกุร ผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกายเพื่อ สุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรศัพท์มือถือ : 081-3776623  โทรสาร : 02-5904587 E-mail : udom.a@anamai.mail.go.th  3. นางวสุนธรี เสรีสุชาติ นักโภชนาการชำนาญการ  สำนักโภชนาการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ : 084-9162564  โทรสาร : 02-5904339  E-mail : ~~wasuntharee.s@anamai.mail.go.th~~  wsarsanasuwan1960@gmail.com  4. ~~นางสาวิภาศรี สุวรรณผล นักโภชนาการปฏิบัติการ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591~~  ~~โทรสาร : 02-5904339 E-mail :~~~~wipasri.s@anamai.mail.go.th~~  นางสาวสุพิชชา วงค์จันทร์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904413 โทรศัพท์มือถือ : 086-3323600  โทรสาร : 02-5904584 E-mail : supitcha.w@anamai.mail.go.th  **สำนักโภชนาการ กรมอนามัย** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาวสุพิชชา วงค์จันทร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904413 โทรศัพท์มือถือ : 086-3323600  โทรสาร : 02-5904584 E-mail : supitcha.w@anamai.mail.go.th  **กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ**  2. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล นักโภชนาการปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591  โทรสาร : 02-5904339 E-mail :wipasri.s@anamai.mail.go.th  **สำนักโภชนาการ กรมอนามัย** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **11. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์** |
| **คำนิยาม** | **~~มี~~ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง** มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้   1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล   **หมายเหตุ :** ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ   * ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ * มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ~~หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.~~   **มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :**  (P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)  P : ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ. และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ พชอ. และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ  I : - ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการ  ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน  - สนับสนุนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver)  - จัดพิมพ์คู่มือการอบรมหลักสูตร CG  - พัฒนาหลักสูตร CM  - พัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว  - สร้าง พัฒนานวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ  - พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ  - จัดทำชุดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับ  ผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในรูปแบบ Application  - การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผ่าน Application สูงวัยสมองดี  - จัดทำชุดความรู้การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในสถานที่สาธารณะของกลุ่ม  ผู้สูงอายุ เช่น ศาสนสถาน (วัด/มัสยิด) ในรูปแบบ media/Infographic  - จัดทำเครื่องมือประเมินการจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบ  Application  R : - ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตาม  ชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ  - ชี้แจงและขับเคลื่อนนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแล  ผู้สูงอายุในชุมชน  - ควบคุม กำกับ และติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน  A : - ชี้นำด้านข้อมูลและงานวิจัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ  - สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคม  แห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ  B : - พัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) /ระบบดูแล  ผู้สูงอายุ 3 S (Thai Active Aging: Strong Social and Security)/ สร้าง พัฒนา  ทีมนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อบรม Care manager, Caregiver  และ อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช.  - ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ Health Literacy เพื่อเป็นสังคม  Health Literated Society |
| **วัตถุประสงค์** | 1. ~~เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมเป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์~~ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาวตามศักยภาพของผู้สูงอายุ เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม  2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วย  บริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์  3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือ ~~ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต~~ ระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน  3, 6, 9, 12 เดือน  2. ศูนย์อนามัยที่ 1-~~13~~ 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ~~รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง~~ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2. ศูนย์อนามัยที่ 1-~~13~~ 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง /ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ~~และ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ~~  3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย~~ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care~~ |
| **วิธีการประเมินผล :** | ~~1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ~~  ~~2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส~~  ~~3. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน~~  1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care  ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง /  ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน  3, 6, 9, 12 เดือน  2. ศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์  ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงาน  เจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ  ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care  2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ  3. คู่มือแนวทางการประเมิน ADL  4. คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดย  คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสาหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  5. คู่มือ~~และ Application การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม “สูงวัย สมองดี”~~  แนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager / Caregiver กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ~~(Long Term Care)~~ ในชุมชนผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ | 13.43  (ทุกตำบลทั่วประเทศ) | 27  (ทุกตำบลทั่วประเทศ) | ~~100~~  74.5  (หมายเหตุ :เฉพาะตำบล นำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล) | ~~100~~  81.2  (หมายเหตุ :เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC ~~4,497~~ 4,469 ตำบล) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ผู้กำกับตัวชี้วัด  1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : drwachira99@gmail.com  2. นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดีกรมอนามัย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904072 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : attapon2008@gmail.com  ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  ~~2. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904503 โทรศัพท์มือถือ : 091-8904608~~  ~~โทรสาร : 02-5904500 E-mail : ekachaipien@hotmail.com~~  1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ  กรมอนามัย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904503 โทรศัพท์มือถือ : 081-6829668  โทรสาร : 02-5904500 E-mail : kittilarp@yahoo.com  2. นางวิมล บ้านพวน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904509 โทรศัพท์มือถือ : 097-2419729  โทรสาร : 02-5904500 E-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th  **สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | ~~กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์~~ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางรัชนี บุญเรืองศรี  โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5904504 โทรศัพท์มือถือ : 099-6165396  โทรสาร : E-mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th  **กลุ่มคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและความร่วมมือระหว่างประเทศ**  2. นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904504 โทรศัพท์มือถือ : 081-4543563  โทรสาร : E-mail:orawannee.a@anamai.mail.go.th  **กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ** | **12. ร้อยละของ Healthy Ageing** |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป)  (สสจ./ รพศ/ รพท/ รพช./ รพ.สต.) |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของ Healthy Ageing**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านผู้สูงอายุ**

1. **ชื่อตัวชี้วัด: *ร้อยละของ Healthy Ageing***
2. **จังหวัด......................................................................................... เขตบริการสุขภาพที่.................**
3. **ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน**
4. **ข้อมูลทั่วไป (ณ วันที่รายงาน)**

**4.1 จำนวนประชากรรวม =.............................................คน**

**4.2 จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ =………………………………………...คน**

1. **ข้อมูลผลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (ภาพรวมทั้งจังหวัด)**
   1. **จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL =……………………………..คน**

* **จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (Independent) =…………………………คน คิดเป็นร้อยละ..................**
* **จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (Partial-dependent) =…………………คน คิดเป็นร้อยละ.................**
* **จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (dependent) =…………………………… คน คิดเป็นร้อยละ.................**

1. **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 |  |  |  |  |  |

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

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน...........................................................................

ตำแหน่ง.............................................................................

วัน/เดือน/ปี.......................................................................

โทร....................................E-mail………………………….……

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **กระทรวง** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :  - มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ  - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ 50   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 |   **หมายเหตุ :**  **เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)**  ร้อยละของอำเภอที่มี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ~~(District Health Board (DHD)~~ (พชอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....ที่มี~~ประสิทธิภาพ~~คุณภาพร้อยละ 50  (อำเภอที่มีคุณภาพ คือ อำเภอที่มี DHS ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปตามแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Plan จน ถึงตำบลจัดการ~~สุขภาพ~~คุณภาพชีวิต)  **เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)**  การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใน~~เป็น~~การแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้~~มาตรฐานอ้างอิง~~เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่~~ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ประเด็นการควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น~~ | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส ~~2 และ~~ 4 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.กิตติ กรรภิรมย์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 5  ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : 090-1069466  โทรสาร : 02-5901802 E-mail : kittisny@gmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  2. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536  โทรสาร : 02-5901239 E-mail : yyt2508@gmail.com  3. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ  ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536  โทรสาร : 02-5901239 E-mail : peed.pr@hotmail.com |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296454  โทรสาร : 02-5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com  2. นางสมสินี เกษมศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052  โทรสาร : 02-5901631 E-mail : somnee@hotmail.com  3. นางเอื้อมพร จันทร์ทองนักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 081-1316800  โทรสาร : 02-5901239 E-mail : dhb.moph@gmail.com  4. นายทองดี มุ่งดี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรศัพท์มือถือ : 094-2490555  โทรสาร : 02-5901501 E-mail : mungdee@health.moph.go.th |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **14. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง** |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)**  ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย  ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้  ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้  ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้  ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้  (ร้อยละ 85)  **ปี 2561** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)  **ปี 2562** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90)  **ปี 2563** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)  **ปี 2564** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 |  | **ขั้นตอนที่** | **รายละเอียดการดำเนินงาน** | **เอกสาร/หลักฐาน**  **ประกอบการประเมินผล** | | --- | --- | --- | | 1 | ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร | - หลักฐานรายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุมโรค) อย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน | | 2 | จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข | - รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ | | 3 | จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยจังหวัดละ 3 คน และ ภาวะฉุกเฉินจังหวัดละ ~~5~~ 4 คน) | - รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะปกติประจำเดือน/ปีงบประมาณ 2561  - รายชื่อการจัด~~เวร~~ทำทะเบียน SAT ภาวะฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2561 โดยชื่อไม่ซ้ำกับ SAT ภาวะปกติ  - สามารถจัดทำ Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์  - สามารถจัดทำ Spot Report ได้ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด  - ผู้มีรายชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านการฝึกปฏิบัติ SA ตามเวรประจำสัปดาห์ (ที่ กรมควบคุมโรค หรือ สคร.) หรือ ผ่าน~~การฝึก~~อบรมแนวทางการปฏิบัติงาน | | 4 | วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด | - มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ตาม template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด | | 5 | ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ | - มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ~~1. นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901776 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : 02-5901784 E-mail :~~~~kepidem@gmail.com~~  **~~สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค~~**  1. นางวัชรี แก้วนอกเขา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : wacharr@hotmail.com  2. นางสาวบวรวรรณ ดิเรกโภค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : borworn67@gmail.com  3. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : milkthanatcha@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **16. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี** |
| **คำนิยาม** | **การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง** ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้  1) มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระ/ปัสสาวะในประชาชน 15 ปีขึ้นไป โดยต้องผ่านการคัดกรองด้วยวาจาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบ้ไมตับได้รับการรักษา และติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย  2) จัดการเรียนการสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ สร้างพฤติกรรมกินปลาน้ำจืดสุกด้วยความร้อน สร้างนวัตกรรมอาหารปลอดภัยจากพยาธิในพื้นที่ กระบวนการจัดการความรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อม  3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลงของชุมชน  มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการสนับสนุน  4) มีการสื่อสารสาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินงาน  ~~สูตรคำนวณ = (A/B) x 100~~  ~~A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด~~  ~~B = จำนวนตำบลเป้าหมาย (613 ตำบล)~~ |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **18. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน** |
| **คำนิยาม** | **การบาดเจ็บทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง** การตายจากการบาดเจ็บจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ  **ผู้เสียชีวิต หมายถึง** ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข  **เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน** **(ปี 2554-2563) คือ**  ลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือนหรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดหมายว่าเมื่อสินไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลการตายจากการบาดเจ็บทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **19. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง** |
| **คำนิยาม** | **1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน**  **1.1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง** ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ  **1.2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง  **2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง**  **~~(อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน)~~**  **2.1 กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) หมายถึง** ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต 120-139/80-89 mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ  **2.2 ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง** ~~ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์\* และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง~~ ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ และรอการวินิจฉัยของแพทย์  **2.3 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง** กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม.หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน\*~~\*~~ หลังจากมารับบริการการ คัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว ภายใน 6 เดือน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ** | **เบาหวาน** | **ความดันโลหิตสูง** | | **2561** | อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40 | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 10 | | **ปีงบประมาณ** | **เบาหวาน** | **ความดันโลหิตสูง** | | **2562** | อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40 | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 20 | | **2563** | อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28 | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 30 | | **2564** | อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.16 | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 40 | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง  เบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา  2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและ  สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัย  ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ~~ทั้งหมด~~ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน  ในปีงบประมาณที่ผ่านมา |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขต  รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ~~ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยความดันโลหิต~~  ~~สูงรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ~~ |
| **รายการข้อมูล 4** | D = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ~~ทั้งหมด~~ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัย  ป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | DM | อัตราประชากร Pre-DMใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  ≥ร้อยละ 30 | อัตราประชากร Pre-DM ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อ  ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  ≥ร้อยละ 80 | อัตราประชากร Pre-DM ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อ  ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  ≥ร้อยละ 90 | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40 | | HT | มีการเตรียมความพร้อมและแผนงานในการดำเนินงานสำหรับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 3 | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 5 | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 10 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | DM | - | - | - | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ~~Pre-DM~~ ไม่เกินร้อยละ 2.40 | | HT | - | - | - | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 20 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | DM | - | - | - | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ~~Pre-DM~~ ไม่เกินร้อยละ 2.28 | | HT | - | - | - | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 30 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | DM | - | - | - | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ~~Pre-DM~~ ไม่เกินร้อยละ 2.16 | | HT | - | - | - | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน~~พื้นที่~~เขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 40 |   **หมายเหตุ** : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ  1. งดสูบบุหรี่ และดมควันบุหรี่ อย่างน้อย 6 เดือน  2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม2 ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปี ด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)  3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 6 เดือน  \*~~\*~~ วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | อัตรา | 2.09 | 2.40 | 2.07  รอบ 9 เดือน (~~จากระบบ~~ ข้อมูล HDC ~~ข้อมูล~~ ณ 30 มิ.ย.60) | | อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง  ~~(อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน)~~ | อัตรา | - | - | - |   ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5903964 E-mail : wsu\_1978@hotmail.com  2. นางเมตตา คำพิบูลย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-590396~~4~~3 E-mail : mettakum@gmail.com  3. นายกัณฑพล ทับหุ่น นักวิชาการสาธาณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5903964 E-mail : kanthabhon@gmail.com  **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **20. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย** |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ~~((A+C)/(B+D)) x 100~~  ((A/B)+(C+D))/2 x 100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **22. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด** |
| **คำนิยาม** | **~~สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง~~** ~~สถานบริการสุขภาพ 2 กลุ่ม~~  ~~กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งมี 2 ประเภทได้แก่สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลเอกชน) ทั่วประเทศ~~  ~~กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559~~  **~~ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง~~** ~~กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม ดังนี้~~  ~~กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด~~  ~~กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด~~  **~~หมายเหตุ~~** ~~ในการพิจารณาออกใบอนุญาต ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จะต้องปรากฏว่า ผู้ขอรับใบอนุญาตตามกฎกระทรวงออกตามความใน พระราชบัญญัติสถาน พยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติสถานประกอบเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559~~  **สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง** คลินิกเอกชน  **ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานพยาบาลเอกชน) หมายถึง** คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) และได้รับการตรวจหลักฐานเอกสารครบถ้วน ถูกต้อง จนกระทั่งได้รับการอนุญาตจากผู้อนุญาต ระยะเวลาเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน  **สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง** สถานที่ที่ตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจการต่อไปนี้  **- กิจการสปา อันได้แก่** บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือการอาบน้ำ นวดหรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ  **- กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม** ยกเว้นการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลเอกชน/หน่วยงานสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และการนวด/การอบตัวที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ  **- กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง**  **ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ) หมายถึง** กระบวนการที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจประเมินจากผู้อนุญาตหรือคณะที่ผู้อนุญาตแต่งตั้งมีมติว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานด้านสถานที่ มาตรฐานด้านความปลอดภัยและมาตรฐานด้านการให้บริการ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   | **~~ปีงบประมาณ 61~~** | **~~ปีงบประมาณ 62~~** | **~~ปีงบประมาณ 63~~** | **~~ปีงบประมาณ 64~~** | | --- | --- | --- | --- | | **~~กลุ่มที่ 1~~** ~~สถานพยาบาลได้รับการตรวจ~~  ~~ผ่านเกณฑ์ฯ~~  ~~ร้อยละ 100~~  **~~กลุ่มที่ 2~~**  ~~สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ฯ~~  ~~ร้อยละ 65~~ | **~~กลุ่มที่ 1~~** ~~สถานพยาบาลได้รับการตรวจ~~  ~~ผ่านเกณฑ์ฯ~~  ~~ร้อยละ 100~~  **~~กลุ่มที่ 2~~**  ~~สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ฯ~~  ~~ร้อยละ 70~~ | **~~กลุ่มที่ 1~~** ~~สถานพยาบาลได้รับการตรวจ~~  ~~ผ่านเกณฑ์ฯ~~  ~~ร้อยละ 100~~  **~~กลุ่มที่ 2~~**  ~~สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ฯ~~  ~~ร้อยละ 75~~ | **~~กลุ่มที่ 1~~**~~สถานพยาบาลได้รับการตรวจ~~  ~~ผ่านเกณฑ์ฯ~~  ~~ร้อยละ 100~~  **~~กลุ่มที่ 2~~**  ~~สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ฯ~~  ~~ร้อยละ 80~~ | | **~~เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 82.5~~** | **~~เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 85~~** | **~~เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 87.5~~** | **~~เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 90~~** |  | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | --- | --- | --- | --- | | สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90 | สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90 | สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90 | สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90 | | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 65 | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 70 | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 75 | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 80 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สถานพยาบาลเอกชน  ทุกเดือน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บันทึกข้อมูลรายงานผลตัวชี้วัดผ่านทางอินเตอร์เน็ต ซึ่งทางสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะจะส่ง Link ของแบบการรายงานผลตัวชี้วัดฯที่ Line สารวัตรออนไลน์ ทุกสื้นเดือน โดยทางสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 ดำเนินการติดตาม การรายงานผลฯจากสสจ.ในภาพเขตและแจ้งผลตัวชี้วัดฯให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคสศิลปะทราบ เพื่อจัดทำเป็นรายงานผลการดำเนินงานทั่วประเทศ โดยส่งภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  แบบรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานผ่าน www.thaispa.go.th |
| **แหล่งข้อมูล** | ~~กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ~~  สถานพยาบาลเอกชน  สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ข้อมูลทั่วประเทศ) และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับเขต) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ข้อมูลระดับจังหวัด)  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  - กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 – 12  - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | ~~A1 = จำนวนอนุมัติใบอนุญาต (รายใหม่ + รายเก่า)~~  A = จำนวนคลินิกเอกชนรายใหม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | ~~A2 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด~~  ~~(รายใหม่ + รายเก่า)~~  B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถาน  ประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 |
| **รายการข้อมูล 3** | ~~B1 = จำนวนสถานพยาบาลที่ขออนุญาตใหม่ + ขอการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ~~  ~~สถานพยาบาล (รายเก่า)~~  C = จำนวนคลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอตั้งใหม่ทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล 4** | ~~B2 = จำนวนสถานประกอบเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการและจำนวน~~  ~~สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (รายใหม่ + รายเก่า)~~  D = จำนวนสถานประกอบเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการตั้งแต่เดือน  กรกฎาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 และได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ~~((A1/B1) x 100 + (A2/B2) x 100)/2~~  **~~หมายเหตุ~~**  ~~ร้อยละของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = (A1/B1) x 100~~  ~~ร้อยละของสถานประกอบเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = (A2/B2) x 100~~  1. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด =  (A/C) x 100  2. ร้อยละของสถานประกอบเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด =  (B/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4  หมายเหตุ :  1. สถานพยาบาลเอกชน : ทุกเดือน  2. สถานประกอบเพื่อสุขภาพ : ทุก 3 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~25~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~50~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~**สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~75~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~100~~ 90 | | **~~กลุ่มที่ 2~~**  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย  ร้อยละ ~~30~~ 50 | **~~กลุ่มที่ 2~~**  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย  ร้อยละ ~~40~~ 55 | **~~กลุ่มที่ 2~~**  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย  ร้อยละ ~~50~~ 60 | **~~กลุ่มที่ 2~~**  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย  ร้อยละ 65 | | **~~เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย~~**  ~~สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~  ~~ร้อยละ 27.5~~ | **~~เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย~~**~~สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~  ~~ร้อยละ 45~~ | **~~เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย~~**  ~~สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~  ~~ร้อยละ 62.5~~ | **~~เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย~~**  ~~สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~  ~~ร้อยละ 82.5~~ |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~25~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~50~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~**สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~75~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~100~~ 90 | | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 55 | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60 | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65 | **~~กลุ่มที่ 2~~**  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70 | |  |  |  | **~~เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย~~**  ~~สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~  ~~ร้อยละ 85~~ |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~25~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~50~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~**สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~75~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~100~~ 90 | | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60 | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65 | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70 | **~~กลุ่มที่ 2~~**  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 75 | |  |  |  | **~~เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย~~**  ~~สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~  ~~ร้อยละ 87.5~~ |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~25~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~50~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~**สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~75~~ 90 | **~~กลุ่มที่ 1~~** สถานพยาบาลเอกชน  ร้อยละ ~~100~~ 90 | | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65 | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70 | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 75 | **~~กลุ่มที่ 2~~**  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 80 | |  |  |  | **~~เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย~~**  ~~สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~  ~~ร้อยละ 90~~ | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ~~กลุ่ม 1 จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและ/~~  ~~หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด โดย สำนักสถานพยาบาลและการ~~  ~~ประกอบโรคศิลปะ~~  ~~กลุ่ม 2 จัดทำรายงานสรุปจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน~~  ~~ตามที่กฎหมายกำหนด โดย กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~  สถานพยาบาลเอกชน  ประเมินจากข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ โดยที่ในกระบวนการขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 67 วันทำการ อ้างอิงจากหนังสือคู่มือสำหรับประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก ISBN : 978-616-11-3402-0 หน้า 3  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  ประเมินผลจากแบบรายงานผลการดำเนินงาน ดังนี้  - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งจัดทำรายงานผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน  - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต รวบรวมรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในเขตรับผิดชอบส่งกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุก 3 เดือน  - กลุ่มควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจัดทำรายงานพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทุก 3 เดือน  - กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขตและกลุ่มควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประมวลผลการดำเนินงานภาพรวมส่งกลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทุก 3 เดือน |
| **เอกสารสนับสนุน :** | สถานพยาบาลเอกชน  - พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541  - คู่มือสำหรับประชาชน งานคลินิก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  - คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  - คู่มือแนวทางการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  - พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559  - หนังสือเอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปา |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | สถานพยาบาล | ร้อยละ | ~~100~~  - | ~~100~~  - | ~~100~~  - | | สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด | ร้อยละ | - | - | ~~-~~  87.30 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ~~กลุ่มที่ 1~~ สถานพยาบาลเอกชน  1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410 โทรศัพท์มือถือ : 081-7662234  โทรสาร : 02-1495631 E-mail : akom\_p@hotmail.com  2. นางพรพิศ กาลนาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415 โทรศัพท์มือถือ : 081-7319771  โทรสาร : 02-1495631 E-mail : kanlanan@hotmail.com  **สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ**  ~~กลุ่มที่ 2~~ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  1. ~~นางอภิญญา พรหมณา~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรศัพท์มือถือ : 081-7763037~~  ~~โทรสาร : E-mail : aewapinya@hotmail.com~~  นายพรเทพ ล้อมพรม  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : 097-0986355  โทรสาร : E-mail : porntep.taro@gmail.com  2. ~~นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com~~  นายชิติพัทธ์ ศรีงามเมือง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : chitipat@gmail.com  **กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | ~~1. ว่าที่ร้อยตรีหญิงศิริพร ประนมพนธ์ กลุ่มแผนงาน~~  ~~2. นายธานี มูลประดับ กลุ่มแผนงาน~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : E-mail : fkpi@hss.mail.go.th~~  **~~กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ~~**  สถานพยาบาลเอกชน  กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604  E-mail : fkpi@hss.mail.go.th  สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | ~~กลุ่มที่ 1~~ สถานพยาบาลเอกชน  ~~1. นางวรียา สินธุเสก~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18406 โทรศัพท์มือถือ : 081-7319763~~  ~~โทรสาร : 02-1495631 E-mail : vareeya10@gmail.com~~  1. นางสาวประนอมณัฐา วิไลรัตน์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18407 โทรศัพท์มือถือ : 081-7319764  โทรสาร : 02-1495631 E-maill: mew5555@hotmail.com  **สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ**  2. ผู้รับผิดชอบการรายงานตัวชี้วัดในระดับเขต ของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ  เขต 1 – 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  ~~กลุ่มที่ 2~~ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  ~~1. นางอภิญญา พรหมณา~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรศัพท์มือถือ : 081-7763037~~  ~~โทรสาร : E-mail : aewapinya@hotmail.com~~  1. นายพรเทพ ล้อมพรม  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : 097-0986355  โทรสาร : E-mail : porntep.taro@gmail.com  2. นายชิติพัทธ์ ศรีงามเมือง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : chitipat@gmail.com  ~~2. นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com~~  **~~กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ~~****~~กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ~~**  ~~1. ว่าที่ร้อยตรีหญิงศิริพร ประนมพนธ์~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : E-mail :~~  ~~2. นายธานี มูลประดับ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : E-mail : fkpi@hss.mail.go.th~~  **~~กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ~~** |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital**

**~~แนวทางการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital~~**

~~..........................................~~

**~~แนวทางการพัฒนาตาม บันได 4 ขั้น~~**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **~~ผ่านระดับดีเยี่ยม (ต้นแบบ) หมายถึง~~** |
|  |  | **~~ผ่านระดับดีมาก หมายถึง~~** | ~~4. เกิดนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลลดโลกร้อน~~ |
|  | **~~ผ่านระดับดี หมายถึง~~** | ~~3. สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ภาคีเครือข่ายในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อนได้~~ | ~~3. สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ภาคีเครือข่ายในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อนได้~~ |
| **~~ผ่านระดับพื้นฐาน หมายถึง~~** | ~~2. มีการนำเข้าข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าชเรือนกระจก~~ | ~~2. มีการนำเข้าข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 2 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าชเรือนกระจก~~ | ~~2. มีการนำเข้าข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 2 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าชเรือนกระจก~~ |
| ~~1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์~~  ~~กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ในระดับพื้นฐาน~~ | ~~1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ทั้งในระดับพื้นฐานและระดับดี~~ | ~~1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN~~ **~~ทุกข้อ~~** | ~~1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN~~ **~~ทุกข้อ~~** |

| **~~ประเด็น~~** | **~~ระดับพื้นฐาน~~** | **~~ระดับดี~~** | **~~ระดับดีมาก~~** |
| --- | --- | --- | --- |
| **~~การพัฒนากิจกรรม GREEN~~** | | | |
| **~~G: GARBAGE~~**  **~~(การจัดการขยะทุกประเภท)~~** | **~~1. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย~~**  ~~มีการปฏิบัติได้ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 7 เรื่อง ดังนี้~~  ~~(1) ด้านบุคลากร~~  ~~(2) การคัดแยกมูลฝอย~~  ~~(3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ (5) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูล~~  ~~ฝอยติดเชื้อ~~  ~~(6) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ~~  ~~(7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ~~ | **~~4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ~~**  ~~สามารถลดปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ~~ | **~~7. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย~~** ~~มีกระบวนการดังนี้~~  ~~มีนวัตกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อหรือเป็นต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ~~ |
|  | **~~2. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป~~** ~~ด้วยกระบวนการดังนี้~~  ~~2.1 มีการลดการเกิดมูลฝอยตั้งแต่แหล่งกำเนิด โดยใช้หลัก 3R~~ | **~~5. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป~~**  ~~มีการจัดการมูลฝอยทั่วไปที่มีประสิทธิภาพโดยสามารถลดปริมาณการเกิดมูลฝอยทั่วไป~~ | **~~8. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป~~**  ~~มีการใช้ประโยชน์จากมูลฝอยทั่วไป~~ |
| ~~2.2 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป และมีภาชนะ รองรับมูลฝอยทั่วไปแยกตามประเภท คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยย่อยสลายได้ (มูลฝอยอินทรีย์) มูลฝอยอื่นๆ~~  ~~2.3 มีการเก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ และ/หรือมี~~  ~~สถานที่พักรวมที่ถูกสุขลักษณะ~~  ~~2.4 มีการกำจัดมูลฝอยทั่วไปโดยส่งไปกำจัดกับหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามข้อกำหนดของท้องถิ่น~~ |  |  |
|  | **~~3.~~****~~มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย~~**  ~~มีการคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายออกจากมูลฝอยชนิดอื่น~~  ~~มีการเก็บรวบรวม/เคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลไปยังที่พักรวมมูลฝอย เพื่อรอการนำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดยหน่วยงานที่กำจัดต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม~~ | ~~6.~~ **~~มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย~~**  ~~มีการแยกเก็บรวบรวมตามประเภท เช่น ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา/ภาชนะบรรจุสารเคมี/ซากแบตเตอรี่และถ่านไฟฉาย/ซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็คทรอนิกส์/หลอดไฟ เป็นต้น~~ | **~~9.~~****~~มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย~~**  ~~นำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดยหน่วยงานที่กำจัดต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม~~ |
| **~~RESTROOM (ห้องส้วม)~~** | ~~1. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)~~ | ~~2. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน~~ | ~~3.1 ผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ทุกจุด~~  ~~3.2 มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล~~  ~~3.3 ลดการใช้สารเคมีในห้องส้วม~~ |
| **~~ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)~~** | ~~1. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร~~ | ~~2. มีการใช้ประโยชน์จากปัจจัยธรรมชาติให้เกิดการประหยัดพลังงาน/หรือมีการใช้พลังงานทดแทน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อลดความร้อนเข้าสู่อาคาร การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณรอบอาคารให้ร่มรื่น เย็นสบาย~~ | ~~3. มีการรายงานผลการประหยัดพลังงานจากทุกส่วนภายในองค์กร และภาพรวม โดยต้องสามารถชี้ให้เห็นประสิทธิผล เช่น ลดอัตราค่าไฟฟ้า หรือลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นต้น หรือผลความสำเร็จของการประหยัดพลังงานได้อย่างชัดเจน ตรวจสอบได้~~ |
| **~~ENVIRONMENTAL~~**  **~~(การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)~~** | **~~1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไป~~** ~~มีการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก เช่น การดำเนินงานกิจกรรม 5ส. การจัดการน้ำเสีย การปรับปรุงภูมิทัศน์ การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น~~ | **~~2. มีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการทำงาน~~** ~~โดยการพัฒนาสถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place)~~ | **~~3. มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ~~** ~~โดยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม ที่สามารถส่งเสริมการมีสุขภาพดีให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การจัดให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย การจัดให้มีอุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือ พื้นที่สำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น~~ |
| **~~NUTRITION~~**  **~~(การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ)~~** | ~~1. มีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ~~  ~~1.1 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย~~  ~~ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน~~  ~~1.2 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย~~  ~~1.3 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง~~  ~~1.4 มีระบบการรายงานผลตามสายบังคับบัญชา และการจัดทำเอกสารผลการตรวจเป็นปัจจุบัน~~ | ~~2.มีการรณรงค์ด้านอาหารปลอดสารพิษ การใช้ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง~~  ~~2.1 การจัดการโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล~~  ~~2.2 การรณรงค์เลิกใช้โฟมในโรงพยาบาล~~  ~~2.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับดี~~  ~~2.4 ร้อยละ 90 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย~~  ~~2.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และมีผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี~~ | ~~3 โรงพยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ชุมชนในเรื่องอาหารปลอดสารพิษ~~  ~~3.1 ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษในโรงพยาบาล~~  ~~3.2 ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายผักปลอดสารพิษจากในชุมชน เช่น ชมรมผักปลอดสารพิษ ตลาดนัดสีเขียว เป็นต้น~~  ~~3.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับดีมาก~~  ~~3.4 ร้านอาหารทั้งหมดในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย~~  ~~3.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD, น้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย และร้านอาหารในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค กรมอนามัย~~ |
| **~~Carbon Footprint ของโรงพยาบาล~~** | ~~-~~ | ~~บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 1 ปีงบประมาณhttp://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/~~  ~~การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการลดก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ~~ | ~~บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 2 ปีงบประมาณhttp://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/~~  ~~การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการลดก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ~~ |

| **~~กลยุทธ์ CLEAN~~** | **~~การพัฒนากระบวนการ CLEAN~~** |
| --- | --- |
| **~~C: Communication~~** | ~~1. มีทีมงานสื่อสารองค์กรเพื่อการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN~~  ~~2. มีกระบวนการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูล ให้กับบุคลากรในองค์กรเกี่ยวกับการพัฒนารพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN~~  ~~3. จัดเวทีแลกเปลี่ยน และส่งเสริมการ มีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับเพื่อขับเคลื่อนงานพัฒนารพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN~~  ~~4. มีการสื่อสารสาธารณะด้วยการสร้างกระแสและผลักดันกิจกรรม GREEN ไปยังหน่วยงานอื่นให้มีความรู้ความเข้าใจ~~  ~~5. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจต่อประชาชน และชุมชนในการพัฒนากิจกรรม GREEN เพื่อให้เกิดความตระหนักและส่งต่อข้อมูลในชุมชน~~ |
| **~~L: Leader~~** | ~~1. ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจนในการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN~~  ~~2. ผู้บริหารมีการกำหนดวิสัยทัศน์หรือทิศทางในการพัฒนาโรงพยาบาล ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN และมีเป้าหมายที่ชัดเจน~~  ~~3. มีการกำหนดแผนปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบงาน และกรอบเวลาการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN ระยะยาว (3 – 5 ปี)~~  ~~4. หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนากิจกรรม GREEN~~ |
| **~~E: Effectiveness~~** | ~~1. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการพัฒนาตามเกณฑ์ GREEN~~  ~~2. บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุดกิจกรรมหรือกระบวนการพัฒนา~~  ~~3. มีรายงานข้อมูลการประเมินความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ. เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN~~  ~~4. มีกระบวนการประเมินติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และมีรายงานผลความก้าวหน้าระยะสั้น (Small success)~~  ~~5. มีกระบวนการส่งเสริมเพื่อพัฒนารพ.เป็นต้นแบบ โดยเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับประชาชนและหน่วยงานภาคีในการดำเนินกิจกรรม GREEN~~ |
| **~~A: Activities~~** | ~~1. มีการสร้างทีมขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน~~  ~~2. มีการดำเนินกิจกรรม G-R-E-E-N ที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดกิจกรรม/กลวิธีหรือกระบวนการการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกภาคส่วนในโรงพยาบาล~~  ~~3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้บริหาร และบุคลากรเพื่อทบทวน จัดการปัญหาอุปสรรค~~  ~~4. สร้างกระบวนการเสริมสร้างคุณค่าให้กำลังใจ ต่อบุคคลากรในการพัฒนา และสร้างความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม GREEN~~  ~~5. มีกระบวนการสร้างนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลที่เสริมสร้างประโยชน์ต่อการทำงาน และลด ปัญหาโลกร้อน~~ |
| **~~N: Networking~~** | ~~1. มีเครือข่ายที่มีความหลากหลายของคนในองค์กร เพื่อติดตามความ ก้าวหน้า ตรวจสอบ และประเมินตัวเองต่อการดำเนินกิจกรรม GREEN~~  ~~2. มีแผนงานเกี่ยวกับการขยายผลความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม GREEN ไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่~~  ~~3. มีการสร้างเครือข่ายทั้งภาคประชาชน เอกชน และราชการส่วนท้องถิ่นในการพัฒนากิจกรรม GREEN ในทุกภาคส่วนและเกิดการแลกเปลี่ยนทรัพยากรในการ~~  ~~4. มีกระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ร่วมกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม~~  ~~5. มีกระบวนการส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรม GREEN ในชุมชน ที่เกิดจากการส่งเสริม และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนางานจากโรงพยาบาล~~ |

**เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital**

เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก

ในระดับพื้นฐาน จะเป็นการประเมินการเข้าถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยประเมินด้านการสร้างกระบวนการพัฒนา โดยการนำเอากลยุทธ์หลัก CLEAN มาใช้ และประเมินกิจกรรมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลโดยกิจกรรม GREEN ซึ่ง ประกอบด้วย การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยทั่วไป การพัฒนาส้วม OPD ให้ได้มาตรฐาน HAS การจัดการด้านพลังงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมล้อมภายใน และภายนอกอาคารโรงพยาบาล การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่มในโรงพยาบาล รวมทุกประเด็นจำนวน 10 ข้อ

ในระดับดี เน้นความครอบคลุมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยเพิ่มกิจกรรม GREEN มา 2 ข้อคือ การพัฒนาส้วม IPD ให้ได้มาตรฐาน HAS และการจัดการมูลฝอยได้ครบ ทุกประเภท

ในระดับดีมาก เพิ่มกิจกรรม GREEN อีก 2 ข้อ ระดับนี้เน้นเรื่องของคุณภาพในการจัดการและการสร้างเครือข่ายเพื่อขยายผลการดำเนินงาน โดยเพิ่มกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และการนำไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายการพัฒนากิจกรรม GREEN ลงสู่ชุมชนจนเกิดเป็น GREEN Community

****

**แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital**

**ชื่อโรงพยาบาล ...........................................................................................................**

**จังหวัด ........................................................................................................................**

**ศูนย์อนามัยที่………………………………………………………………….………………………………..**

| **กิจกรรม GREEN** | **เกณฑ์การประเมิน** | | **คำอธิบายเกณฑ์** | **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** | **ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการพัฒนา** | | | | | | |
|  | 1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร | | 1. โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร 2. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น 4. มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital 5. มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร |  |  |  |
| **ขั้นตอนที่ 2** **กิจกรรม GREEN** | | | | | | |
| **ระดับพื้นฐาน** | | | | | | |
| **G: Garbage**  **(การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)** | | 1. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 | โรงพยาบาลมีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยกำกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 หัวข้อ คือ   1. บุคลากร    1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ    2. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ    1. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด    2. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม 3. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ    1. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้    2. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม    3. มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ    4. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น    5. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง    6. ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 4. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ    1. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะปฏิบัติงาน    2. ใช้รถเข็นเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย    3. มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน    4. มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 5. ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ    1. มีพื้นและผนังทึบทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำและมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้    2. มีข้อความสีแดงที่รถว่า “**รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น**”    3. มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่ตกหล่นประจำรถเข็น 6. สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ    1. เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด    2. พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค    3. มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน    4. มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้    5. มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย    6. มีข้อความเป็นคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “**ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ**” ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร 7. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ    1. กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง       1. ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้       2. ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน       3. กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอย และห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้ตามลำดับหรือวิธีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำซึ่งต้องตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556    2. กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้       1. มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง       2. มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556) และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อ พ.ศ. 2545 |  |  |  |
| 1. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ | 1. การให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยทั่วไปตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยทั่วไป 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย อย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ (รอนำไปกำจัด) 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุดที่รัดกุม และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไปอย่างชัดเจน 5. ล้างทำความสะอาดรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจในแต่ละวัน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค 6. ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป มีพื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 7. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวัน เวลา ที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง |  |  |  |
| **R: RESTROOM (การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS))** | | 1. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) | อาคารผู้ป่วยนอก (Out Patient Department) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการเป็นจุดบริการแรกที่ผู้ป่วยต้องมาติดต่อ มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และไม่ได้รับไว้ค้างคืน  อาคารผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ใน 16 ข้อ ได้แก่  **ความสะอาด (Health:H)**   1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ขันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 3. กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้ 5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ 6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง 7. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น 8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด 9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตรา เป็นประจำ   **ความเพียงพอ (Accessibility: A)**   1. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่   \*ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือ ทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548   1. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ   **ความปลอดภัย (Safety: S)**   1. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลับตา/เปลี่ยว 2. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน 3. ประตูที่จับเปิด – ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 4. พื้นห้องส้วมแห้ง 5. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ |  |  |  |
| **E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)** | | 1. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร | มาตรการประหยัดพลังงาน หมายถึง การใช้พลังงานไฟฟ้า พลังงานเชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆ อย่างประหยัด ยกตัวอย่างเช่น   * กำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า * การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส * การใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool) * ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล * รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด เป็นต้น   และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้   1. มีมาตรการการดำเนินงานการประหยัดพลังงานที่ชัดเจน 2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน 3. มีการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่สอดคล้องกับนโยบาย |  |  |  |
| **E:ENVIRONMENT**  **(การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)** | | 1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่   สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ | 1. มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มีความสะดวกในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศได้ดี 2. มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน เช่น กิจกรรม 5ส กิจกรรมสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place) เป็นต้น 3. มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) 4. การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น |  |  |  |
| 1. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ | 1. มีกิจกรรมให้ความรู้ โดยการสอน สาธิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ให้สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้อง 2. จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้ง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดีและป้องกันบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) |  |  |  |
| **NUTRITION**  **(การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)** | | 1. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน | สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้   1. บริเวณที่เตรียม – ปรุงอาหาร สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักมูลฝอยหรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย 2. บริเวณที่เตรียม – ปรุงอาหาร พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวรแข็ง เรียบ มีสภาพดี และสะอาด 3. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเครื่องหมายแสดงการได้รับอนุญาตที่ถูกต้องของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เลขสารบบอาหาร 13 หลัก) 4. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง 5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 6. การลำเลียงอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด 7. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่มีพิษภัย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาวหรือสีอ่อน 8. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อออกจากกัน 9. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรค อ่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และต้องมีท่อระบายน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี 10. ช้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด 11. ใช้ถังมูลฝอยสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด 12. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม - ปรุง ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วม 13. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ 14. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรคและโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้ 15. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน   **หากการจัดบริการอาหารในโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับพื้นฐาน 15 ข้อ ข้างต้นใน TOR และโรงพยาบาลควรให้คำแนะนำตามมาตรฐาน** |  |  |  |
| 1. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย | ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้   1. สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน 2. ไม่เตรียมปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น เลขสารบบอาหาร   หรือเครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)   1. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส 2. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 3. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 4. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 5. เขียงและมีด ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้ 6. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 7. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล 8. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา 9. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ทคลุมผม 10. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด 11. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร 12. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด |  |  |  |
| 1. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน | 1. จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ 2. มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีมีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง |  |  |  |
| **ระดับดี** | | | | | | |
|  | 1. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ | | มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท โดยเพิ่มการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ดังนี้   1. มีการให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ณ แหล่งกำเนิด 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างชัดเจน 5. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวัน เวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง |  |  |  |
| 1. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD) | | อาคารผู้ป่วยใน (Ward) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยที่พักค้างคืนเพื่อรักษาตัวในโรงพยาบาล และรวมถึงคลินิก/แผนกต่างๆ เช่น แผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรม แผนกสูติ - นรีเวช แผนกโรคผิวหนัง เป็นต้น  อาคารผู้ป่วยในของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ใน 16 ข้อ |  |  |  |
| **ระดับดีมาก** | | | | | | |
|  | 1. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน | | มีการสร้าง นวัตกรรม GREEN หมายถึง มีการทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีใหม่ๆ อาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทาง[ความคิด](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%84%E0%B8%B4%E0%B8%94) [การผลิต](https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%B4%E0%B8%95&action=edit&redlink=1) [กระบวนการ](https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3&action=edit&redlink=1) หรือ[องค์กร](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B9%8C%E0%B8%81%E0%B8%A3) หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น   * **Product Innovation** คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของที่แตกต่างจากรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN * **Process Innovation** คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการดำเนินงานตาม GREEN * **Service Innovation** คือ การนำความคิดและแนวทางการดำเนินงานด้านการบริการรูปแบบใหม่ๆ ที่ผ่านการคิดอย่างเป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ มาใช้เป็นแนวทางการสร้างการบริการที่แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ * **Management Innovation** คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสานการทำงานรูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ๆ ในการบริหารจัดการสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN |  |  |  |
| 1. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community | | โรงพยาบาลร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรม GREEN ในชุมชน |  |  |  |
| **สรุปผลการประเมิน**  ผ่านในระดับ 🞎 ระดับพื้นฐาน 🞎 ระดับดี 🞎 ระดับดีมาก  ต้องปรับปรุง (ข้อ .................................................................................................................................................................................................................................................................) | | | | | | |

ลงชื่อ....................................................ผู้รับการประเมิน

( ......................................................)

ตำแหน่ง................................................................................

วันที่ ................เดือน............................ พ.ศ. ......................

ลงชื่อ....................................................ผู้ประเมิน

( ......................................................)

ตำแหน่ง....................................................................

วันที่ .............เดือน.....................พ.ศ. ......................

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **24. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน** |
| **คำนิยาม** | **จังหวัดมีระบบจัดการ****ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน** **หมายถึง** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีระบบและกลไก เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้  1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการ  ดำเนินงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)  3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช  สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย  4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)  5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัย  สิ่งแวดล้อม (Active Communities)  6. ~~สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.~~มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและ  มลพิษสิ่งแวดล้อม |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำ  ~~ข้อมูล~~รายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานและส่งให้ศูนย์อนามัย เป็น  รายไตรมาส  2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้~~ส่วนกลาง~~  กรมอนามัย ตามแบบฟอร์มการรายงาน พร้อมสำเนาแบบฟอร์มการรายงานรายจังหวัด  เป็นรายไตรมาส  3. หน่วยงานส่วนกลาง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงาน  สรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส  4. การรายงานผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวง |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ธค.60, มีค.61, มิย.61, กย.61) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ | ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (จังหวัดประเมินตนเอง) | ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.) | ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.) |   **ปี 2562**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง) | ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.) | ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.) |   **ปี 2563**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง) | ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดยศอ. และ สคร.) | ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.) |   **ปี 2564**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (จังหวัดประเมินตนเอง) | ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.) | ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.) | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. การประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการ  ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด)  2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค~~เขต~~ (สคร.) ทำการทวนสอบและ  วิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประเมินผลการ  ดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการ  ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด)  3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภาพรวม  ของประเทศ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  2. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด  3. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุข และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด  4. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ  อนามัยสิ่งแวดล้อม  5. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วน  ท้องถิ่น  6. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) ~~เพื่อรองรับระบบ~~  ~~ข้อมูลระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนแนวทางการจัดทำข้อมูล~~  ~~สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ~~  7. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน  8. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่  9. แนวทางการดำเนินงานการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษ  สิ่งแวดล้อม  10. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล  11. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการมูลฝอย  ติดเชื้อ  12. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  13. คู่มืออบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรือ  อันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ  14. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล  15. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital  16. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงที่  เกี่ยวข้อง |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน | ร้อยละ | - | - | ~~51.32~~  ~~(39 จังหวัด)~~  60.53  (46 จังหวัด)  ณ 25 กย.60 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ประเด็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  1. ~~นางสาวอำพร บุศรังษี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904359 โทรศัพท์มือถือ : 081-8311430~~  ~~โทรสาร : 02-5904356 E-mail : amporn.b@anamai.mail.go.th~~  นางสาวพาสนา ชมกลิ่น นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904356 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th  **กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย**  ประเด็นการสนับสนุนการดำเนินงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)  1. นางสาวชญาณี ศรีวรรณ นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : chayanee.s@anamai.mail.go.th  **ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย**  ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย  1. นางสาวปาณิสา ศรีดโรมนต์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : 091-8814733  โทรสาร : 02-5904200 E-mail : panisa.s@anamai.mail.go.th  **สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย**  ประเด็นการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)  1. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904177 โทรศัพท์มือถือ : 080-4346888  โทรสาร : 02-5904186,88 E-mail : chailert.k@anamai.mail.go.th  **สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย**  ประเด็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็ง~~ที่มีการจัดการ~~ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม~~ของชุมชน~~ (Active Communities)  1. นางปรียานุช บูรณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th  **สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย**  ~~ประเด็นการสนับสนุนและพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม~~  ประเด็นมีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม  1. นางสุทธิดา อุทะพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904393 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : env\_med@googlegroups.com  นางสาวณราวดี ชินราช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904393 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : env-med@googlegroups.com  **สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กรมอนามัย (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข) |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาวพาสนา ชมกลิ่น ~~นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ~~  นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : ~~02-5904202~~ E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th  02-5904356  **กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **28. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** |
| **คำนิยาม** | 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน  โรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็น  โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)  2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงการตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรค  หลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็นการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)  และการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (I63-I69)  3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจาก  โรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | - ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12  - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | - รายงาน ตก.2  - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย (I60-I69) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย  ในช่วงเวลาเดียวกัน (I60-I69) |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตายจากทุกหอผู้ป่วย (I60-I62) |
| **รายการข้อมูล 4** | D = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอ  ผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (I60-I62) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. (A/B) x 100  2. (C/D) x 100 |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | | 8.3 | ร้อยละอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 17.1 | 9.9 | 8.3 | 9.1 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ |

**เอกสารประกอบ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคหลอดเลือดสมอง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

1. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7)
2. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 25)

คำนิยาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)

**2. สถานการณ์.............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ............................................................................................................................**

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจาก ทุกหอผู้ป่วย**  **(รหัส ICD-10 =I60-I69)**  **(A)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(B)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  **(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

(2) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 25)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตายจากทุกหอผู้ป่วย**  **(รหัส ICD-10 =I60-I62)**  **(C)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 =I60-I62)**  **(D)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก**  **(C/D) x100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ............................................................................................................................**

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

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

..............................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร.............................. e-mail………………….....………...

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)**  **29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)**  **29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)** |
| **คำนิยาม** | **29.1 RDU ~~การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล~~** เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU1 และ RDU2  **- RDU 1 หมายถึง** โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย  **- RDU 2 หมายถึง** หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย**ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** มี 3 ระดับดังนี้   * **RDU ขั้นที่ 1 หมายถึง** การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้  |  |  | | --- | --- | | **RDU 1 (รพ.)** | **RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)** | | ~~โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้~~  **~~Process~~**   1. ~~มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU~~ 2. ~~มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด~~ | **~~Output~~**   1. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค | | **~~Output~~** | | 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ   4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3  5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 |  * **RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง** การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้  |  |  | | --- | --- | | **RDU 1** | **RDU 2** | | ~~โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้~~   1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin\*, statins, ergots (\* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | 1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค |  * **RDU ขั้นที่ 3 หมายถึง** มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้  |  |  | | --- | --- | | **RDU 1** | **RDU 2** | | โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้   1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด | 1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค |   **29.2 AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล ~~ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล~~** ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **กิจกรรม AMR** | | | **1** | กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR  โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR\* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เภสัชกร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง  หมายเหตุ  \* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ | | **2** | การควบคุม กำกับ และดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล  โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, Third and fourth generation of cephalosporins, Fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibiotor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid | | **3** | การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล  โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง และ (3) รายการเชื้อก่อโรค และความไวยาของการ ติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของตนยังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค | | **4** | การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ  4.1 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขตรับผิดชอบ | |  | 4.2 โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Salmonella* spp.*, Enterococcus faecium และ Streptococcus pneumoniae* ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | | **~~5~~** | ~~โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์~~ | | **5** | วิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ  โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | --- | --- | --- | --- | | RDU ขั้นที่ 1 80%  RDU ขั้นที่ 2 20% | RDU ขั้นที่ 2 80% | RDU ขั้นที่ 2 80%  RDU ขั้นที่ 3 20% | RDU ขั้นที่ 3 80% | | AMR: ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาล มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ |  |  |  | | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | RDU ขั้นที่ 1 60%  RDU ขั้นที่ 2 5% | RDU ขั้นที่ 1 70%  RDU ขั้นที่ 2 10% | RDU ขั้นที่ 1 80%  RDU ขั้นที่ 2 15% | RDU ขั้นที่ 1 80%  RDU ขั้นที่ 2 20% | |  |  | AMR: ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ | AMR: ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | RDU ขั้นที่ 2 80% | |  |  |  |  |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | RDU ขั้นที่ 2 80%  RDU ขั้นที่ 3 20% | |  |  |  |  |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | RDU ขั้นที่ 3 80% | |  |  |  |  | | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ข้อมูลไตรมาส 3/2560 | ร้อยละ | - | - | RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56  RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และกิจกรรมข้อที่ 1-3 ของตัวชี้วัด AMR)**  2. นางวราภรณ์ เทียนทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980  โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com  **สถาบันบำราศนราดูร (กิจกรรมข้อที่ 4 ของตัวชี้วัด AMR)**  3. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ~~ชำนาญการ~~ ~~พิเศษ~~  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541  โทรสาร : ~~02-5910343~~ E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th  02-9511486  **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (กิจกรรมข้อที่ 5 ของตัวชี้วัด AMR)**  4. นพ.ฐิติพงษ์ ยิ่งยง นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901795 โทรศัพท์มือถือ : ~~089-0540301~~  081-4543593  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : ~~thity\_24@gmail.com~~  thity\_24@yahoo.com  **สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (กิจกรรมข้อที่ 6 ของตัวชี้วัด AMR)** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | ~~1.~~ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (RDU/AMR)  ~~2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (AMR)~~ |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราตายทารกแรกเกิด**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านทารกแรกเกิด**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 2.5 ต่อ 1,000

ทารกเกิดมีชีพ ในปีงบประมาณ 2564)

**2. สถานการณ์.............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

1. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 2.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิต~~ภายในอายุ~~** ต่ำกว่าหรือเท่ากับ **28 วัน**  **(A)** | **จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ**  **(B)** | **อัตราตายทารกแรกเกิด อายุ~~น้อยกว่า~~ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน**  **(A/B) x 1,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

หน่วยงาน......................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร........................... e-mail……………………................

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **33. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 20  - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10  - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20  - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30 | ~~ร้อยละ 20.5~~  ร้อยละ 20 | ~~ร้อยละ 21~~  ร้อยละ 20 | ~~ร้อยละ 21.5~~  ร้อยละ 20 | | |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. ทบทวนรูปแบบการบริการ (Service Package) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกระดับตาม Service Plan  2. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ  3. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข | 1. พัฒนาโรงพยาบาลเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ  1.1 รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย 2 แห่ง (A-M1)  1.2 รพช. จังหวัดละ อย่างน้อย 2 แห่ง (M2-F3)  2. พัฒนา รพ.สต. สู่มาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  อำเภอละอย่างน้อย 2 แห่ง | สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่  -คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  (A-F3)  - คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน(A-F3)  - คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-M1)  - บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต. | ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20แบ่งเป็น  - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10  - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20  - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ~~ร้อยละ 20.5~~  ร้อยละ 20 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ~~ร้อยละ 21~~  ร้อยละ 20 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ~~ร้อยละ 21.5~~  ร้อยละ 20 | | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ | ร้อยละ | 17.51 | 17.15 | ~~19.64~~  ~~(ณ 11 ส.ค. 60)~~  19.75  (ณ 30 ก.ย. 60) |   ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน   | **ปี พ.ศ.** | **ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ** | | --- | --- | | 2553 | 5.78 | | 2554 | 11.92 | | 2555 | 11.24 | | 2556 | 14.05 | | 2557 | 16.59 | | 2558 | 17.51 | | 2559 | 17.15 | | 2560 | ~~19.64~~  19.75 |   ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505  โทรสาร : 02-1495647 E-mail : khwancha@health.moph.go.th  **สถาบันการแพทย์แผนไทย**  2.นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ ผู้อำนวยการ~~สำนัก~~กองการแพทย์ทางเลือก  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495636 โทรศัพท์มือถือ : 081-8723270  โทรสาร : 02-1495636 E-mail : tewantha@gmail.com  **~~สำนัก~~กองการแพทย์ทางเลือก**  3. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง ~~ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน~~  หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ไทย – จีน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326  โทรสาร : 02-1495677 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com  **~~สถาบันการแพทย์ไทย-จีน~~ กองการแพทย์ทางเลือก**  4. นายสมศักดิ์ กรีชัย ~~ผู้อำนวยการ~~หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน สนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653 โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683  โทรสาร : 02-1495653 E-mail : augus\_organ@hotmail.com  **~~สำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ~~**  **กองวิชาการและแผนงาน**  5. นางศรีจรรยา โชตึก ~~ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์~~  หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kungfu55@gmail.com  **~~สำนักยุทธศาสตร์~~ กองวิชาการและแผนงาน**  **กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | ~~สำนัก~~กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน  กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางกรุณา ทศพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kiwi\_sida29@hotmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  3. นายชัยพร กาญจนอักษร แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : ckttmman414@hotmail.co.th  **~~สำนักยุทธศาสตร์~~ กองวิชาการและแผนงาน**  4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989  โทรสาร : 02-9510218 E-mail : sukunya0210@gmail.com  **กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม**  **อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ** | **36. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired** |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จาก  ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ~~ทั้งหมด~~  ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity  ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวม  ผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) =  2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น |
| **รายการข้อมูล 3** | C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จาก  ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10  รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่  ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย  palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2  ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น |
| **รายการข้อมูล 4** | D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด  ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity  ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวม  ผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ~~(A/B) × 100~~  (A+B+C) / D × 100 |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired**

**การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล**

**ระดับ 0 (Level 0)**

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

**ระดับ 1 (Level 1)**

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

**ระดับ 2 (Level 2)**

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

**ระดับ 3 (Level 3)**

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

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

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

**Interpretation**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม**  **อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด, เขต และ ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture**  **37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ**  **(Refracture)**  **37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง**  **หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 1. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต)  1.1 Refracture< ร้อยละ 30   1. 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป | 1. ร้อยละ 20 ของ โรงพยาบาลระดับ ~~M1~~ S ขึ้นไป  1.1 Refracture< ร้อยละ 28  1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป | 1. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล ระดับ ~~M1~~ S ขึ้นไป  1.1 Refracture< ร้อยละ 25  1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป | 1. ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาลระดับ ~~M1~~ S ขึ้นไป  1.1 Refracture< ร้อยละ 20  1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป | | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | 1. Refracture < ร้อยละ 30  2. ผ่าตัดแบบ Early surgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป |  | 1. Refracture < ร้อยละ 30  2. ผ่าตัดแบบ Early  surgery>ร้อยละ 50  ขึ้นไป  3. จำนวนเขตสุขภาพที่มี  การจัดตั้งทีม Capture  the fracture ร้อยละ  100 ของเขตสุขภาพ  ทั้งหมด (รวม 13 เขต) |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | 1. Refracture < ร้อยละ 28  2. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป |  | 1. Refracture < ร้อยละ 28  2. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป  3. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลระดับ ~~M1~~ S ขึ้นไป |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | 1. Refracture < ร้อยละ 25  2. ผ่าตัดแบบ Early surgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป |  | 1. Refracture < ร้อยละ 25  2. ผ่าตัดแบบ Early surgery  >ร้อยละ 50 ขึ้นไป  3. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลระดับ ~~M1~~ S ขึ้นไป |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | 1. Refracture < ร้อยละ 20  2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป |  | 1. Refracture < ร้อยละ 20  2. ผ่าตัดแบบ Early surgery  >ร้อยละ 50 ขึ้นไป  3. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ ~~M1~~ S ขึ้นไป | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **40. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | **1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่** ~~มะเร็งตับ (C220-C229) มะเร็งปอด (C340-C349)~~  ~~มะเร็งเต้านม (C500-C509) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C180-C209)~~  ~~และมะเร็งปากมดลูก (C530-C539)~~ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)  **2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด** **หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก  - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา  - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา  - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น  - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ  **3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด** **หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก  - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก  - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)  - ~~ใน~~กรณี~~ที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและ~~ผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ~~ให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 1.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด~~ ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ  **4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา** **หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก  - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา  - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)  - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ~~1~~2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด  **หมายเหตุ** การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 80 | ร้อยละ ~~82~~ 80 | ร้อยละ ~~82~~ 80 | ร้อยละ 85 |   1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ ร้อยละ 85  2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ ร้อยละ 85  3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ ร้อยละ 85 | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ~~((A~~~~(S)~~~~/ B~~~~(S)~~~~) + (A~~~~(C)~~ ~~/ B~~~~(C)~~~~) + (A~~~~(R)~~~~/ B~~~~(R)~~~~))/3 x 100~~  1. (A(s)/ B(s)) X 100  2. (A(c)/ B(c)) X 100  3. (A(R)/ B(R)) X 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 ~~(วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)~~ |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~-~~  80 | 80 | ~~-~~  80 | 80 |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~-~~  80 | ~~82~~  80 | ~~-~~  80 | ~~82~~  80 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~-~~  80 | ~~82~~  80 | ~~-~~  80 | ~~82~~  80 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~-~~  85 | 85 | ~~-~~  85 | 85 | | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ :  081-9357334  โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com  **กรมการแพทย์**   1. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com  **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์** |

**เอกสารประกอบ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล** (ติดตามทุก 3 เดือน)

**(1**) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ ~~85~~ 80%

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ ~~85~~ 80%

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ ~~85~~ 80%

**2. สถานการณ์**

**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

**(1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ ~~85~~ 80%**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ ~~85~~ 80%** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วย~~มะเร็ง~~ที่แพทย์~~ได้รับการ~~วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัด**  **~~ใน~~ ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วย~~มะเร็ง~~ที่ได้รับการ~~วางแผนการรักษาด้วยการ~~ผ่าตัด เพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน~~ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์~~ (~~A~~ B)** | **ร้อยละของผู้ป่วย~~มะเร็ง~~ที่ได้รับการ~~วางแผนการรักษาด้วยการ~~ผ่าตัด ~~ได้รับการผ่าตัด~~ ภายในระยะเวลา ≤ 4 สัปดาห์ (A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ ~~85~~ 80%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ ~~85~~ 80%** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วย~~มะเร็ง~~ที่~~ต้อง~~ได้รับ~~การรักษาด้วย~~เคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน**  **(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยได้รับ~~การรักษาด้วย~~เคมีบัดภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์**  **(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**(3)** ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ ~~85~~ 80%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา**  **6 สัปดาห์ ≥ ~~85~~ 80%** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วย~~มะเร็ง~~ที่~~ต้อง~~ได้รับ~~การรักษาด้วย~~รังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน**  **(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ~~การรักษาด้วย~~รังสีรักษาภายในระยะเวลา**  **≤ 6 สัปดาห์ ~~≥ 85%~~**  **(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร.................................. e-mail………………....……..…

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **41. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ** |
| **คำนิยาม** | **อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง** จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (รหัส ICD-10 =~~C220-C229~~ C22,C24) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น  **เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ** ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 255~~8~~9 (~~25.2~~ 26.3 ต่อประชากรแสนคน) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :** ลดลงร้อยละ 5 ภายใน~~ระยะ 5 ปี (~~ปี พ.ศ.2564~~)~~   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ~~24.6~~  26 | ~~24.3~~  25.6 | ~~24~~  25.3 | ~~23.7~~  25 | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = ~~C220-C229~~ C22,C24) |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ~~24.6~~  26 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ~~24.3~~  25.6 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ~~24~~  25.3 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ~~23.7~~  25 | | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | สถิติสาธารณสุข 255~~8~~9 |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ~~25.2~~  26.3  (255~~8~~9) | ต่อประชากรแสนคน | ~~25.2~~ | ~~NA~~  26.3 | NA | |

.

**เอกสารประกอบ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก ~~3~~ 12 เดือน)**

**(1**) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายใน~~ระยะ 5 ปี (~~ปี พ.ศ.2564)

**2. สถานการณ์......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

**(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายใน~~ระยะ 5 ปี (~~ปี พ.ศ.2564)~~)~~**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C22~~0~~, C24~~29~~) (A)** | **จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)** | **อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x 100,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

**5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร............................ e-mail………….............……..…..

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **42. อัตราตายจากมะเร็งปอด** |
| **คำนิยาม** | **อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง** จำนวนตายจากโรคมะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (รหัส ICD-10 = ~~C330-C349~~ C33-C34) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น  **เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ** ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ~~2558~~ 2559 (20.~~1~~6 ต่อประชากรแสนคน) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :** ลดลงร้อยละ 5 ภายใน~~ระยะ 5~~ ~~ปี (~~ปี พ.ศ.2564~~)~~   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ~~19.8~~  20.3 | ~~19.6~~  20.1 | ~~19.3~~  19.9 | ~~19~~  19.6 | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = ~~C330-C349~~ C33-C34) |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ~~19.8~~  20.3 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ~~19.6~~  20.1 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ~~19.3~~  19.9 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ~~19~~  19.6 | | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | สถิติสาธารณสุข 255~~8~~9 |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ~~20.1~~  20.6  (255~~8~~9) | ต่อประชากรแสนคน | ~~20.1~~ | ~~NA~~  20.6 | NA | |

**เอกสารประกอบ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก ~~3~~ 12 เดือน)**

**(1**) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายใน~~ระยะ 5 ปี (~~ปี พ.ศ.2564)~~)~~

**2. สถานการณ์......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

**(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายใน~~ระยะ 5 ปี (~~ปี พ.ศ.2564)~~)~~**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C33~~0~~-C34~~9~~) (A)** | **จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)** | **อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด**  **(A/B) x 100,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร......................... e-mail…………….....................……

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด เขต และ ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **43. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr** |
| **คำนิยาม** | **CKD หมายถึง** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  **eGFR หมายถึง** estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)  **หมายเหตุ :**  ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสื่อมของไตต่างกัน |

**เอกสารประกอบ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคไต**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) ร้อยละของผู้ป่วย **CKD ที่**มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr

(เป้าหมาย: > ~~65~~ 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ ~~2560~~ 2561)

**2. สถานการณ์.............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

(1) ร้อยละของผู้ป่วย **CKD ที่**มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr

(เป้าหมาย: > ~~50~~ 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ ~~2559~~ 2560)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 4 ml/min/1.73 m2/yr x 100**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4**  **(B)** | **~~A x 100/B~~**  ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr  **(A/B)X100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..............................................................................................................................**

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

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

..............................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร............................... e-mail…………………......………

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด เขต และ ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **44. ร้อยละผู้ป่วย~~ตาบอดจาก~~ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน** |
| **คำนิยาม** | **~~ตาบอดจาก~~ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง** โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแย่กว่า 20/400 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 |  | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 |  | ~~ร้อยละ 80~~  ร้อยละ 85 | | |

**เอกสารประกอบ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านตา**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) ร้อยละผู้ป่วย~~ตาบอดจาก~~ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วย~~ตาบอดจาก~~ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่า

หรือเท่ากับ ~~80~~ 85% ของเป้าหมาย)

**2. สถานการณ์............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

(1) ร้อยละผู้ป่วย~~ตาบอดจาก~~ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วย~~ตาบอดจาก~~ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่า

หรือเท่ากับ ~~80~~ 85% ของเป้าหมาย)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วย~~ตาบอดจาก~~ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วย~~ตาบอดจาก~~ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ~~ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตากระทรวงสาธารณสุข~~ ที่ได้รับการวินิจฉัย**  **(B)** | **ร้อยละผู้ป่วย~~ตาบอดจาก~~ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน**  **(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร.......................... e-mail………………….........…………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | | **13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ** |
| **ระดับการแสดงผล** | | **จังหวัด, เขต และ ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | | **45. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล** |
| **คำนิยาม** | | * ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และ ได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย * จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560   **หมายเหตุ :**  ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตดังเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่นๆส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ~~0.4 : 100~~  0.7 : 100 | ~~0.5 : 100~~  0.8 :100 | ~~0.6 : 100~~  0.9 : 100 | ~~0.7 : 100~~  1.0 : 100 | | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, ~~และ~~ S และ M1 ทั่วประเทศ | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในช่วงปีงบฯ 2561 มาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, ~~และ~~ S และ M1 ทั่วประเทศในปีงบฯ 2560 | |
| **แหล่งข้อมูล** | * ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) * กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, ~~และ~~ S และ M1 ทั่วประเทศในปีงบฯ 2560 | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~0.1 : 100~~  0.175 : 100 | ~~0.2 : 100~~  0.35 : 100 | ~~0.3 : 100~~  0.525 : 100 | ~~0.4 : 100~~  0.7 : 100 |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~0.125 : 100~~  0.2 : 100 | ~~0.25 : 100~~  0.4 : 100 | ~~0.375 : 100~~  0.6 : 100 | ~~0.5 : 100~~  0.8 : 100 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~0.15 : 100~~  0.225 : 100 | ~~0.3 : 100~~  0.45 : 100 | ~~0.45 : 100~~  0.675 : 100 | ~~0.6 : 100~~  0.9 : 100 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~0.175 : 100~~  0.25 : 100 | ~~0.35 : 100~~  0.5 : 100 | ~~0.525 : 100~~  0.75 : 100 | ~~0.7 : 100~~  1.0 : 100 | | | |

**เอกสารประกอบ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคไต**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

สถานการณ์ด้านการปลูกถ่ายไต**................................................................................................................**

1. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย: 1.0:100 (ในปีงบประมาณ 2564))

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560**  **(B)** | **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**  **(A/B)X100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..............................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขต)……………………….....…………………………..…**

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

..............................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร............................... e-mail………………….……………

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด** |
| **ระดับการแสดงผล** | **หน่วยงาน และกระทรวง** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **46. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สาร~~ยา~~เสพติดที่~~ได้รับการบำบัดรักษา และ~~หยุดเสพต่อเนื่อง3 เดือนหลังจำหน่าย (3 month remission rate)** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ ~~70~~ 90 | ร้อยละ ~~72~~ 90 | ร้อยละ ~~74~~ 90 | ร้อยละ ~~76~~ 90 | | |
| **วัตถุประสงค์** | ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน ~~6 เดือน และ 12 เดือน~~ หลังการจำหน่ายจากการบำบัดรักษา |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้เสพ ผู้ติด ~~ที่เข้ารับการบําบัดรักษา~~ ระบบสมัครใจที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา  3 เดือน ~~6 เดือน และ12~~ หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการ~~การบำบัดรักษา (บสต.~~  ~~ติดตาม)~~ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่  กำหนดจากหน่วยบริการ และได้รับการติดตามในระยะเวลา 3 เดือน |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส ~~1,~~ 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~70~~ | ~~70~~  90 | ~~-~~  90 | ~~70~~  90 |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~72~~ | ~~72~~  90 | ~~-~~  90 | ~~72~~  90 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~74~~ | ~~74~~  90 | ~~-~~  90 | ~~74~~  90 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ~~76~~ | ~~76~~  90 | ~~-~~  90 | ~~76~~  90 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | หน่วยบริการ~~สถานบริการ~~ ~~(โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการบำบัดรักษา)~~ จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ~~ผ่านเครือข่าย internet~~ ประเมินผลโดย กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติดและสารเสพติด~~เทคนิคบริการ~~ กองบริหารการสาธารณสุข ~~ผู้ดูแลระบบข้อมูล~~  เกณฑ์การให้คะแนน   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ~~66~~  70 | ~~68~~  75 | ~~70~~  80 | ~~72~~  85 | ~~74~~  90 | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สาร~~ยา~~เสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย~~จากการบำบัดรักษา~~  ~~3 เดือน~~  (3 month remission rate) | ร้อยละ | ~~70.65~~  87.57 | ~~69.57~~  90.92 | ~~63.69~~  93.71 | | ~~ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา~~  ~~6 เดือน~~ | ~~ร้อยละ~~ | ~~78.95~~ | ~~70.18~~ | ~~49.52~~ | | ~~ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา~~  ~~12 เดือน~~ | ~~ร้อยละ~~ | ~~72.93~~ | ~~70.96~~ | ~~40.68~~  ~~ณ วันที่ 11/08/2560~~ | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106  โทรสาร : E-mail :  **สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์**  2. ~~พญ.บุญศิริ จันศิริมงคล ผู้อำนวยการ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884~~  ~~โทรสาร : E-mail :~~  **~~โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์~~**  นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-6667553  โทรสาร : 02-1495533 E-mail : burinsura@hotmail.com  **สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต**  3. นพ.อัครพล คุรุศาสตรา รองผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450  โทรสาร : 02-5901740 E-mail : akraponmuk@gmail.ccom  **กองบริหารการสาธารณสุข** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 089-1050344  โทรสาร : 02-5901740 E-mail : acharawi@gmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข**  2. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 โทรศัพท์มือถือ : 097-0314811  โทรสาร : E-mail : rabiab\_to@yahoo.com  **สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี**  ~~3. นางไพวัล อาจหาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8107445~~  ~~โทรสาร : E-mail : wanarthan@gmail.com~~  **~~สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี~~** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **15. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด, เขต และ ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **47. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901642 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : kaonaina@gmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข**  2. นายแพทย์ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com  3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : [eva634752@gmail.com](mailto:eva634752@gmail.com)  **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์** |

**เอกสารประกอบ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง  
(เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

1. **สถานการณ์............................................................................................................................................**
2. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

(เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง**  **(A)** | **จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด**  **(B)** | **ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง**  **(A/B)x100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..............................................................................................................................**

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

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

..............................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร....................... E-mail………………………………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**

**รายการหัตถการแนบท้ายการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**

| **ลำดับ** | **Diagnosis (การวินิจฉัย)** | **ICD-9-CM Procedures** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Inguinal hernia | Herniotomy herniorrhaphy  Hernioplasty  53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ®  Excludes: laparoscopic unilateral repair of inguinal hernia (17.11-17.13)  53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS  53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ®  Direct and indirect inguinal hernia  53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ®  53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®  53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®  53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified  53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ®  Excludes: laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia (17.21 17.24)  53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified  53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ®  53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ®  53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ®  53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®  53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®  53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis ®  53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified  53.2 Unilateral repair of femoral hernia |
|  |  | 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis  53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy  53.3 Bilateral repair of femoral hernia  53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis  53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy |
| 2 | Hydrocele | 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)  Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis  Excludes: percutaneous aspiration of hydrocele (61.91) |
| 3 | Hemorrhoid | 49.4 Procedures on hemorrhoids  49.42 Injection of hemorrhoids  49.43 Cauterization of hemorrhoids Clamp and cautery of hemorrhoids  49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy  49.45 Ligation of hemorrhoids  49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS  49.47 Evacuation of thrombosed hemorrhoids  49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure |
| 4 | Vaginal bleeding | postpartal manual exploration of uterine cavity (75.7) 68.12Hysteroscopy  Excludes: that with biopsy (68.16)  68.16  Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus   68.19 Other diagnostic procedures on uterus and supporting structures  68.2Excision or destruction of lesion or tissue of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae Lysis of intraluminal uterine adhesions  68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation Dilation and curettage Hysteroscopic endometrial ablation  68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus Uterine myomectomy  Excludes: biopsy of uterus (68.13, 68.16) uterine fistulectomy (69.42) |
|  |  | 69 Other operations on uterus and supporting structures Code also any application or administration of an adhesion barrier substance (99.77)  69.0 Dilation and curettage of uterus Excludes: aspiration curettage of uterus (69.51-69.59) 69.01 Dilation and curettage for termination of pregnancy  69.02 Dilation and curettage following delivery or abortion  69.09 Other dilation and curettage Diagnostic D and C  69.5 Aspiration curettage of uterus  Excludes: menstrual extraction (69.6)  69.51 Aspiration curettage of uterus for termination of pregnancy Therapeutic abortion NOS  69.52 Aspiration curettage following delivery or abortion 69.59 Other aspiration curettage of uterus |
| 5 | Esophagogastric varices  (Esophageal varices, Gastric varices) | 42.33 Esophageal varices by endoscopic approach Control of esophageal Bleeding by endoscopic approach  43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach  44.4 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding |
| 6 | Esophageal Stricture | 44.2 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site |
| 7 | Esophagogastric cancer with obstruction  (Esophageal cancer, gastric cancer) | 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus  42.81 Insertion of permanent tube into esophagus |
| 8 | Colorectal polyp  (colonic, rectal polyp) | 45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine  45.43 Endoscopic ablation of tumor of large intestine |
| 9 | Common bile duct Stone  (Bile duct stone) | 51.10 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP]  51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy |
|  |  | 51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract  51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube  51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct |
| 10 | Pancreatic duct stone | 52.13 Endoscopic retrograde pancreatograhpy (ERP)  51.82 Pancreatic sphincterotomy  52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct  52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct |
| 11 | Bile duct stricture | 51.10 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP]  51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy  51.86 Endoscopic insertion of nasabiliary drainage tube  51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct |
| 12 | Pancreatic duct stricture | 52.13 Endoscopic retrograde pancreatograhpy (ERP)  51.82 Pancreatic sphincterotomy  52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct |

**เอกสารประกอบ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ One day surgery : ODS**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery   
 (เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

1. **สถานการณ์**

- อังกฤษผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 65% อเมริกาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก>60% ค.ศ.2016

จะเพิ่มขึ้นถึง 75% ประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้สาเหตุสำคัญคือการชดเชยค่า

รักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน

- ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า one day surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไป

ใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้จุนเจือครอบครัวได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแล

ผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติในการรักษาพยาบาลลงมาก

- ผู้ป่วยที่ทำหัตการวันนอนเฉลี่ย 3 วัน, ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท

1. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery   
 (เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)**  **(B)** | **ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**  **(A/B) x 10** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..............................................................................................................................**

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

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

..............................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร....................... E-mail………………………………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 49 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery(MIS)**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery   
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

1. **สถานการณ์............................................................................................................................................**
2. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery   
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis)**  **(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery**  **(A/B) x 100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..............................................................................................................................**

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

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

.............................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร....................... E-mail………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)** |
| **เกณฑ์การประเมิน :** อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ~~1. รวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงในปี 2559, 2560 เป็นข้อมูลพื้นฐาน~~  ~~2. วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต~~  ~~3. Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ~~  ~~4. วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต~~  **1.ระบบข้อมูล**  - มี National Triage  - จัดทำคู่มือ ER คุณภาพ และความปลอดภัย(ER Safety Goals)  - ปรับปรุงเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS)  - จัดทำมาตรฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน  - สื่อสารนโยบายและการดำเนินงานพัฒนาห้องฉุกเฉิน | ~~1. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน~~  **1. ระบบข้อมูล**  - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 40  **2. การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล**  - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 40  **3. ER คุณภาพ**  - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 40 | ~~1. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน~~  **1. ระบบข้อมูล**  - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 60  **2. การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล**  - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 60  - จำนวนของโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ ร้อยละ 70  **3. ER คุณภาพ**  - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 60 | ~~1. อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12~~  **1. ระบบข้อมูล**  - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 80  **2. การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล**  - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 80  **3. ER คุณภาพ**  - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 80 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 10 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 8 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 6 | | |

**เอกสารประกอบ**

**ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER

และ Admit) (ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

1. **สถานการณ์............................................................................................................................................**
2. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER

และ Admit) (ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทีี่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง**  **(A)** | **จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด**  **(B)** | **อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป**  **(A/B) X 100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..............................................................................................................................**

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

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

..............................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร.......................... E-mail……………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมกระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **51. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส ~~1, 2, 3 และ~~ 4  **หมายเหตุ :**  - ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome)  ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561  - ติดตามตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 - 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ~~ร้อยละ 85~~ | ~~ร้อยละ 85~~ | ~~ร้อยละ 85~~ | ร้อยละ 85 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมกระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **52. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการ**  **อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด** |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด (~~24~~ 27 แห่ง) |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด | ร้อยละ | - | - | ~~รอผล~~  55.56 | |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด**

**หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (~~24~~ 27 แห่ง)**

**ข้อมูลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ณ วันที่ ~~31 ก.ค. 60~~ 3 ตค. 60**

| **สคร.** | **ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ** | | | **ผลการประเมิน ปี 2558-2560** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รพศ./รพท.** | **รพช.** | **การจัดบริการ**  **อาชีวอนามัย** | **การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** |
| สคร. 1 | เชียงราย | เชียงรายประชานุเคราะห์ | ~~รพช.แม่สาย~~ | 🗸 | 🗸 |
|  | ~~รพช.เชียงแสน~~  แม่สาย | 🗸 | 🗸 |
|  | ~~รพช.เชียงของ~~  เชียงแสน | ~~(รอผลประเมิน)~~  - | ~~(รอผลประเมิน)~~  - |
|  | เชียงของ | 🗸 | 🗸 |
| สคร. 2 | ตาก | ~~รพท.~~แม่สอด |  |  |  |
|  | ~~รพช.~~พบพระ | ~~(รอผลประเมิน)~~  - | - |
|  | ~~รพช.~~แม่ระมาด | - | - |
| สคร. 5 | กาญจนบุรี | ~~รพท.~~พหลพลพยุหเสนา |  | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 |
| สคร. 6 | ตราด | ตราด | ~~รพช.คลองใหญ่~~ | 🗸 | 🗸 |
|  | คลองใหญ่ |  |  |
| สระแก้ว | ~~รพท.อรัญประเทศ~~  สระแก้ว |  | 🗸 | - |
| อรัญประเทศ | ~~รพช.วัฒนานคร~~ |  |  |
|  | วัฒนานคร | - | - |
| สคร. 8 | หนองคาย | ~~รพท.~~หนองคาย |  | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 |
|  | ~~รพช~~.สระใคร | - | - |
| นครพนม | ~~รพท.~~นครพนม |  | 🗸 | 🗸 |
|  | ~~รพช.~~ท่าอุเทน | - | - |
| สคร. 10 | มุกดาหาร | ~~รพท.~~มุกดาหาร |  | 🗸 | 🗸 |
|  | ~~รพช.~~หว้านใหญ่ | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 |
|  | ~~รพช.~~ดอนตาล | - | - |
| สคร. 12 | สงขลา | ~~รพท.สงขลา~~  หาดใหญ่ |  | 🗸 | 🗸 |
|  | ~~รพช.~~สะเดา | - | - |
| นราธิวาส | ~~รพท.~~นราธิวาสราชนครินทร์ |  | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 |
| ~~รพท.~~สุไหงโกลก |  | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 |
|  | ~~รพช.~~ตากใบ | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 |
|  | ~~รพช.~~แว้ง | - | - |
|  | ~~รพช.~~ยี่งอเฉลิมพระเกียรติ | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 | ~~(รอผลประเมิน)~~  🗸 |
| **รวม**  **(แห่ง)** | **10** | **~~9~~**  **12** | **15** |  |  |
|  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์** |
| **โครงการที่** | **1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต , ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **53. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 12 เขต 13 จังหวัด | 12 เขต 13 จังหวัด | 12 เขต ~~25~~ 13จังหวัด | 12 เขต ~~25~~ 13จังหวัด | | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | จังหวัดนำร่อง  1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย  1 กลุ่ม  ~~2. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/ แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด~~  ~~3. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)~~  2. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร | จังหวัดนำร่อง  ~~1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี~~  ~~2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ภาครัฐและเอกชน)~~  1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด  2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) | จังหวัดนำร่อง  1. เพิ่มจำนวน Shop/Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง  2. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น  2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์  2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย  2 ผลิตภัณฑ์ ~~สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan)~~ | จังหวัดนำร่อง  1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี  2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)  3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20  4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ ~~20~~ 15  5. ~~มี~~มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 15 | | จังหวัดส่วนขยาย  1. ~~มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/ แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด~~  มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม | จังหวัดส่วนขยาย  ~~1. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร~~  ~~2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง~~  1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด  2. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan) | จังหวัดส่วนขยาย  1. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง  ~~2. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)~~  2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) | จังหวัดส่วนขยาย  1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐานGAP/GACP/Organic  จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี  2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)  3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20  4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ ~~20~~ 15  5. ~~มี~~มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  | 12 เขต ~~25~~ 13 จังหวัด |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  | 12 เขต ~~25~~ 13 จังหวัด |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  | 12 เขต ~~25~~ 13 จังหวัด | | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | จำนวนเขตสุขภาพที่มีจังหวัดเมืองสมุนไพร | ~~จำนวน~~  ~~(~~เขตสุขภาพ/จังหวัด~~)~~ | - | - | 4/4 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางสาวอัญชลี จูฑะพุทธิ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900  โทรสาร : 02-1495609 E-mail : anchaleeuan@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  2. นายวัฒนศักดิ์ ศรรุ่ง ~~ผู้อำนวยการ~~หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 092-2461023  โทรสาร : 02-1495609 E-mail : wsornrung@gmail.com  **~~สำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ~~ กองวิชาการและแผนงาน**  3. นางศรีจรรยา โชตึก ~~ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์~~  หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kungfu55@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  4. นางกรุณา ทศพล ~~หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักยุทธศาสตร์~~  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com  **~~สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก~~**  **กองวิชาการและแผนงาน** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | ~~สำนักยุทธศาสตร์~~ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน  กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1.นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kiwi\_sida29@hotmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  2.นายชัยพร กาญจนอักษร แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : CKTTMMan414@hotmail.co.th  **~~สำนักยุทธศาสตร์~~ กองวิชาการและแผนงาน**  3. นางสาวผุสชา จันทร์ประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 064-3235939  โทรสาร : 02-1495609 E-mail : ppin1987@gmail.com  **~~สำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ~~ กองวิชาการและแผนงาน**  4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989  โทรสาร : 02-5910218 E-mail : sukanya0210@gmail.com  **กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **56. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้** |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ~~-หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละ 60 ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป~~ | ~~-หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละ 60 ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป~~  - ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป | ~~-หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไปร้อยละ 60~~  - ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 4 ขึ้นไป | ~~-หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)ไปใช้ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 60~~  - ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 5 ขึ้นไป | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **3. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **59. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ  1. ~~นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18724 โทรศัพท์มือถือ :~~  ~~โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com~~  ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  2. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com  **กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  1.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ~~02-1937036-37~~ 02-1937000 ต่อ 18604  โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**  2.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18716 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com  **กลุ่มพัฒนานโยบายและยุทธศาตร์สุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715  E-mail : phc.division@gmail.com |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ~~02-1937036-37~~ 02-1937000 ต่อ 18604  โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **60. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA** |
| **คำนิยาม** | การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็น~~การประยุกต์แนวคิดของ~~  ~~การประเมินคุณธรรมการดำเนินงานขององค์การต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จคือ คณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิด~~การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน ~~ดัชนีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency)~~ แบ่งเป็น 5 ดัชนี ดังนี้  **1. ดัชนีความโปร่งใส (Transparency)** ประเมินจาก~~ความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจาก~~ข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ในการดำเนินงานของหน่วยงาน  **2. ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability)** ประเมินจาก~~ความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ~~ ข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน  **3. ดัชนีความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index)** ประเมินจาก~~การรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้~~  ~~ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ~~ ข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน  **4. ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture)** ประเมิน~~จากความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจาก~~ข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน  **5. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)** ประเมินจาก~~ความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน~~ ข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน  กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลูก/ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย  **มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล** ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564) ในปี 2561 คือ 44 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับ~~กรม หน่วยงานระดับ~~จังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) ~~หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน~~จำนวนทั้งสิ้น ~~1,866~~ 1,850 แห่ง **ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment)** **ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT)** เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข **ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90** จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **รวมทั้งสิ้น จำนวน ~~1,866~~ 1,850 แห่ง** จำแนกดังนี้  ~~1. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 หน่วยงาน~~  1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน  2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง  3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน  4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน  ~~5. หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ~~  ~~และองค์การมหาชน จำนวน 7 หน่วยงาน~~  ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน ~~1,866~~ 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง |
| **แหล่งข้อมูล** | แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ~~ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561~~ ของสำนักงาน ป.ป.ช. **เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment** |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน) |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4  **หมายเหตุ :**  หน่วยงานจำนวน ~~1,866~~ 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) |
| **เกณฑ์การประเมิน :** ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |   **หมายเหตุ :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | | **Small Success :**  **ตรวจหลักฐาน**  **เชิงประจักษ์ประเด็น**  **การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น**  **(EB 4- EB 6)**  **ในไตรมาสที่ 1**  **เดือนธันวาคมของทุกปี** | **ตรวจหลักฐาน**  **เชิงประจักษ์ทุกข้อ**  **(EB 1- EB 11)**  **ในไตรมาสที่ 2**  **เดือนมีนาคมของทุกปี** | **ตรวจหลักฐาน**  **เชิงประจักษ์ ทุกข้อ**  **(EB 1- EB 11)**  **ในไตรมาสที่ 3**  **เดือนมิถุนายนของทุกปี** | **ตรวจหลักฐาน**  **เชิงประจักษ์ทุกข้อ**  **(EB 1-EB 11)**  **ในไตรมาสที่ 4**  **เดือนกันยายนของทุกปี** | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | หน่วยงานจำนวน ~~1,866~~ 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base ) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้  **ส่วนที่ 1** จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี)  และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)  **เกณฑ์การให้คะแนน :**  **การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)**  **Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB4 – EB6**  **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)**  **เกณฑ์การให้คะแนน** : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ~~ข้อ 1~~  **EB 4** | - | ~~ข้อ 2~~  **EB 5** | - | ~~ข้อ 3~~  **EB 6** |   **ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้**   |  |  | | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | 1 | หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง  **EB 4** | | 3 | หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง  **EB 5** | | 5 | หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง  **EB 6** |   **การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)**  **ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)**  **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80**  **เกณฑ์การให้คะแนน** ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน  โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 |   **การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)**  **ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)**  **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85**  **เกณฑ์การให้คะแนน** ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน  โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 |   **การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)**  **ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)**  **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90**  **เกณฑ์การให้คะแนน** ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน  โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ร้อยละ | 98.82  ผ่าน 84 หน่วยงาน  (85 หน่วย  งาน) | 94.12  ผ่าน 80  หน่วยงาน  (85 หน่วย  งาน) | 84.09  ผ่าน 333หน่วยงาน  ~~ยังใส่คะแนนไม่ได้~~  (~~จำนวน~~ 396 หน่วยงาน) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรร มาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3** |
| **คำนิยาม** | **โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง**   * โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน~~165~~ 164 แห่ง * โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 780 แห่ง   ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559)  **HA (Hospital Accreditation) หมายถึง** กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ขั้น ดังนี้  **- HA ขั้น 1 หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง  **- HA ขั้น 2 หมายถึง** โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป  **- HA ขั้น 3 หมายถึง** โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์  กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน ~~165~~ 164 แห่ง |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ ~~98.18~~ 98.78  (162 แห่ง จาก ~~165~~ 164 แห่ง) | 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39  (~~164~~ 163 แห่ง จาก ~~165~~ 164 แห่ง) | 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00  (~~165~~ 164 แห่ง จาก ~~165~~ 164 แห่ง) | 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00  (~~165~~ 164 แห่ง จาก ~~165~~ 164 แห่ง) | | 2. โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 74.36  (580 แห่ง จาก  780 แห่ง) | 2. โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.28  (595 แห่ง จาก 780 แห่ง) | 2. โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 78.21  (610 แห่ง จาก 780 แห่ง) | 2. โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00  (624 แห่ง จาก 780 แห่ง) |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  |  |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  |  |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  |  | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **เกณฑ์การให้คะแนน** | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | ร้อยละ ~~97.58~~  98.17  (161 แห่งจาก ~~165~~ 164 แห่ง) | ร้อยละ ~~98.18~~  98.78  (162 แห่ง จาก  ~~165~~ 164 แห่ง) | ร้อยละ 99.39  (~~164~~ 163 แห่ง จาก  ~~165~~ 164 แห่ง) | ร้อยละ 100.00  (~~165~~ 164 แห่ง จาก  ~~165~~ 164 แห่ง) | ร้อยละ 100.00  (~~165~~ 164 แห่ง จาก  ~~165~~ 164แห่ง) | | โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ร้อยละ 73.85  (576 แห่งจาก 780 แห่ง) | ร้อยละ 74.12  (580 แห่ง จาก  780 แห่ง) | ร้อยละ 76.28  (595 แห่ง จาก  780 แห่ง) | ร้อยละ 78.21  (610 แห่ง จาก  780 แห่ง) | ร้อยละ 80.00  (624 แห่ง จาก  780 แห่ง) |   **เงื่อนไข :**  1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค  และ กรมสุขภาพจิต จำนวน ~~165~~ 164 แห่งประกอบด้วย   * โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน ~~30~~ 29 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง   (ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงาน ตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)  2. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ  3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  (องค์การมหาชน) |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 65 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว**

- ตัดเอกสารประกอบในภาคผนวก ก และ ข ออก

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน** |
| **คำนิยาม** | **หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง** หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ประเภทดัชนีชี้วัด** | **น้ำหนักความรุนแรง**  **ของความเสี่ยง**  **(Risk Score)** | **คำอธิบาย** | | 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ |  | กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์ | | 1.1 CR < 1.5 | 1 | CR = สินทรัพย์หมุนเวียน /หนี้สินหมุนเวียน | | 1.2 QR < 1.0 | 1 | QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ /หนี้สินหมุนเวียน | | 1.3 Cash < 0.8 | 1 | Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน | | 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน |  | กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน | | 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0 | 1 | เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน | | 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0 | 1 | ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ -ค่าใช้จ่าย | | 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ |  | กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน | | **ประเภทดัชนีชี้วัด** | **น้ำหนักความรุนแรง**  **ของความเสี่ยง**  **(Risk Score)** | **คำอธิบาย** | | 3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ) |  | กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ | | a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน | 0 | เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ | | b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน | 1 | \* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ | | c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน | 2 |  | | 3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก) |  |  | | a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน | 2 | \* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน | | b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน | 1 |  | | c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน | 0 |  | | **ประเภทดัชนีชี้วัด** | **น้ำหนักความรุนแรง**  **ของความเสี่ยง**  **(Risk Score)** | **คำอธิบาย** | | 3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก | 0 |  | | 3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ | 2 |  |   การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด  ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้  **การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2561**   1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง   : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ  : แผนงาน/กิจกรรม  : ผลผลิต/ผลลัพธ์  2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)  3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน  **มาตรการ**  มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)  มาตรการที่ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)  มาตรการที่ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)  มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)  มาตรการที่ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)   | **มาตรการขับเคลื่อน** | **แนวทางการดำเนินงาน** | **เป้าหมาย** | | --- | --- | --- | | **มาตรการที่ 1:**  **การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)** | 1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 1.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ 1.3 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ | 1.1 ร้อยละของหน่วยบริการ  มีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin)  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | | **มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)** | 2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงิน~~ปี 2560~~ ที่มีคุณภาพ  2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน)  2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน (ไตรมาส) | 2.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกิน ร้อยละ 5)  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 | | **มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)** | 3.1 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย จากการดำเนินงาน  - ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR)  - ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทสิทธิ เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR)  3.2 เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน  - พัฒนาและใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน  - ประเมิน/ควบคุมประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง  - ประเมินและควบคุมประสิทธิภาพการบริหารเจ้าหนี้ ลูกหนี้ สินค้าคงคลัง และค่าตอบแทนค้างจ่าย | 3.1 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 ตัว (มากกว่า ระดับ B-) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 | | **มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)** | 4.1 พัฒนาระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน  4.2 พัฒนาระบบการตรวจสอบบัญชี  4.3 พัฒนาระบบงานสารสนเทศด้านการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร (Executive Information System: EIS)  4.4 พัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMIS | 4.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (อิเล็กทรอนิกส์)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70  (ผู้ตรวจสอบบัญชี)  4.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็นศูนย์ ต้นทุนนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณ เข้าระบบ GFMIS  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75 | | **มาตรการ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)** | 5.1 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการเงิน (CFO)  5.2 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบบัญชี (Auditor) | 5.1 ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลัง (CFO และ Auditor) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ  ค่าเป้าหมาย: ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลังที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |   **มาตรการที่ 1 :**  **การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)**   | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | --- | --- | --- | | **เขต** | 1.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวงกำหนดรวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยตามปัญหาและบริบทของพื้นที่  2.มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF)  3.พัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินในเขต  4.พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย | 1. มีหลักเกณฑ์การปรับเกลี่ยระดับเขต  2. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF)  3. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน/ชดเชยเงิน UC | | **จังหวัด** | 1.มีหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยวงเงินตามที่เขตกำหนด  2.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด  3.ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ชดเชยตามเวลาที่กำหนด | 1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด  2.รายงานผลการจัดสรรเป็นราย ไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน | | **หน่วยบริการ** | 1.มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับรพ.แม่ข่ายและลูกข่าย  2.คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ส่วนกลาง/เขต กำหนด  3. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย | 1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC  2.รายงานผลการจัดสรรเป็นราย ไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน  3.มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย  4. มีตัวเลขทั้งรายได้และรายจ่าย ขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย |   **มาตรการที่ 2 :**  **ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | **เขต** | 1. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด 2. วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis)  3. ตรวจ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด | 1.มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด  2.ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis)  3.ผลการตรวจ อนุมัติ มีแผนการกำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด | | **จังหวัด** | 1. กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด 2. ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด 3. ตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน | 1.มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด  2.มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการในจังหวัด  3.ผลการตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน | | **หน่วยบริการ** | 1. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด 2. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย  3. กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน รายเดือน (7 แผน) | 1. หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ ไม่เกินร้อยละ 5 )  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50  2.หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5 )  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 |   **มาตรการที่ 3 :**  **สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | **เขต** | 1.มีแนวทางการจัดซื้อร่วมระดับเขต  2.มีแนวทางการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง  3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการกำกับ  4.แผนประเมินประสิทธิภาพ FAI (ไขว้จังหวัด)  5.วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่ | 1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้  2.มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับเขต  3.การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ทุกราย ไตรมาส  4.ประเมินประสิทธิ (FAI) ทุกราย ไตรมาส  5.มีระบบเฝ้าระวังและแผนการ ตรวจเยี่ยม | | **จังหวัด** | 1.มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต  2.การบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง  3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการกำกับ  4.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)  5.การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่ | 1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้  2.ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ  3.หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว  4.หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิ (FAI)  5.แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่มี ความเสี่ยง วิกฤติ | | **หน่วยบริการ** | 1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต  2. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง  3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว  4. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด) | 1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้  2.ใช้แนวทาง แนวทางหลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับหน่วยบริการ  3.ได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว  4.ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ (FAI) |   **มาตรการที่ 4 :**  **พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | **เขต** | 1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. ควบคุม กำกับติดการส่งข้อมูลทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา  3.จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด | 1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน  2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด  3. รายผลการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ | | **จังหวัด** | 1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการและนำมาพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์  3. ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานด้านบัญชี | 1.กำกับ ติดตามการส่งรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทุกเดือน  2. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์การประเมินรายเดือน | | **หน่วยบริการ** | 1.จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2.ส่งรายงานข้อมูลงบทดลองให้เป็นตามแนวทางที่กำหนด  3. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับการตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบภายในและภายนอก | 1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพรายเดือน  2. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง |   **มาตรการที่ 5 :**  **พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | **เขต** | 1. แผนการประชุม CFO เขต  2. แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง  3. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ในระดับเขตร่วมกับกระทรวง | 1.มีการประชุม CFO เขต  รายไตรมาส  2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง  3. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ร่วมกับกระทรวง | | **จังหวัด** | 1. แผนการประชุม CFO จังหวัด  2.แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต  3. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ในระดับจังหวัด | 1.มีการประชุม CFO จังหวัด รายไตรมาส  2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต 3. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ในระดับจังหวัด | | **หน่วยบริการ** | 1. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP  2.แผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ  3. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ ทีม CFO ของหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น | 1.มีการประชุม CFO ระดับ CUP รายไตรมาส  2.มีแผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ  3. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ ทีม CFO ของหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น |   **การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin**   |  |  | | --- | --- | | **ระดับ** | **การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin** | | **เขต** | 1.เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ  2.เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการมีให้ มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตามแนวทางในข้อ 1 และ การอนุมัติ  3.เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับ เฝ้าระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต  4.เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin | | **จังหวัด** | 1.จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคู่กับรายงาน งบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และ มีระบบรายงานเขต  2.จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มี ความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตาราง PlanFin Analysis โดยเฉพาะใน กลุ่มที่มี EBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า 20% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรองน้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้เป็นระดับ 7  3.จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มีกระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงาน ลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง  4.จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงิน  ตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และ มีระบบรายงานเขต | | **หน่วยบริการ** | 1.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด  2.บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย  3.กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน (ทั้ง 7 แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5  3.1 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)  3.2 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) |   **เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงาน การบริหารจัดการการเงินการคลัง** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **73. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์** |
| **คำนิยาม** | **ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ** **หมายถึง** องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปฏิทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นวิชา (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation)  **ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์** **หมายถึง** องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับของ  สถานบริการสุขภาพ ใน 12 เขตสุขภาพ  2. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนกลาง  3. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1.การแจงนับผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย  1.1 หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (สำนักวิชาการสาธารณสุข)  1.2 ~~สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ~~ ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพ ที่ผ่านการนำเสนอเผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ หรือนำเสนอผลงานในเวทีตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป  1.3 ~~สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข~~ ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพ ที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข  1.4 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เข้ารับการประกวดและผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข  1.5 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข และได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ฯ โดยนับเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ 6 ของปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงฉบับที่ 5 ของปีงบประมาณปัจจุบัน (วารสารวิชาการสาธารณสุขผลิต 6 เล่ม/ปี)  2. การนิเทศติดตามประเมินผล |
| **แหล่งข้อมูล** | 1.หน่วยงานส่วนกลาง  1.1.สำนักวิชาการสาธารณสุข  2.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ใน 12 เขตสุภาพ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ผ่านการตีพิมพ์เผยแพร่~~ทาง~~ผ่านสื่อต่าง ๆ  หรือนำเสนอผลงานในเวทีตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป |
| **วิธีการประเมินผล :** | โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว  **ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีดังนี้**  1. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อ เจราจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ มีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา~~ลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย~~  2. เชิงวิชาการ ได้แก่ ~~การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ~~ บทความวิชาการได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 หรือผลงานวิจัย/R2R ได้ถูกอ้างอิง(Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติ  3. เชิงนโยบาย หมายถึง ~~จำนวน~~ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาด้านส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้  4. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยมีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพไป~~การ~~ถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซด์ฯ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่จังหวัดได้รวบรวมและวิเคราะห์จากหน่วยงานในจังหวัดส่งเป็น  ฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R2R ระดับเขตสุขภาพ ทั้ง 12 เขตสุขภาพ  2. เว็ปไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้ รับ  รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว  3. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อม  ที่จะเผยแพร่  4. บทคัดย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุม  วิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆนำไปใช้ประโยชน์~~ได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่~~ | ~~ผลงาน~~  ร้อยละ | ~~117~~  - | ~~115~~  - | ~~114~~  48.48 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. ดร.จุฬาพร กระเทศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929  โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : juraporn\_krates@hotmail.com  2. นางสุมาลี ศักดิ์ผิวฝาด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737  โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail :[raksit-kamp@hotmail.com](mailto:raksit-kamp@hotmail.com)  3. ~~นางชนิดา กาจีนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238~~  ~~โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : numaewssj@hotmail.com~~  นางชวิดา สุขนิรันดร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694  โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : [ladychavida@hotmail.com](mailto:ladychavida@hotmail.com)  4. นางมยุรี จงศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060  โทรสาร : 02-5919835 E-mail : research.moph@hotmail.com  5. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748  โทรสาร : ~~02-5919835~~ E-mail : [~~research.moph@hotmail.com~~](mailto:research.moph@hotmail.com)  02-5919832 patcha\_mart@hotmail.com  **สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | ~~1. นายแพทย์ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ (นายแพทย์~~  ~~ทรงคุณวุฒิ) (ด้านสาธารณสุข)~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901715 โทรศัพท์มือถือ : 081-6124480~~  ~~โทรสาร : 02-5901704 E-mail : pathom@health.moph.go.th~~  1. ดร.ณัฏฐญา พัฒนะวาณิชนันท์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ  ด้านกำลังคนสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรศัพท์มือถือ : 085-2476446  โทรสาร : 02-5901704 E-mail : nattaya-pa@hotmail.com  2. ดร.สลักจิต ชุติพงษ์วิเวท นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ทรงคุณวุฒิ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรศัพท์มือถือ : 081-8611196  โทรสาร : 02-5901704 E-mail :[salakchit.c@dmsc.mail.go.th](mailto:salakchit.c@dmsc.mail.go.th)  ~~3. นางชนิดา กาจีนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238~~  ~~โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : numaewssj@hotmail.com~~  3. ดร.จุฬาพร กระเทศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929  โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : juraporn\_krates@hotmail.com  4. นางสุมาลี ศักดิ์ผิวฝาด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737  โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail :[raksit-kamp@hotmail.com](mailto:raksit-kamp@hotmail.com)  5. นางชวิดา สุขนิรันดร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694  โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : [ladychavida@hotmail.com](mailto:ladychavida@hotmail.com)  6. นางมยุรี จงศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060  โทรสาร : 02-5919835 E-mail : research.moph@hotmail.com  7. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748  โทรสาร : ~~02-5919835~~ E-mail : [~~research.moph@hotmail.com~~](mailto:research.moph@hotmail.com)  02-5919832 patcha\_mart@hotmail.com  **สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต และประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **74. ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด** |
| **คำนิยาม** | รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการวิจัย การพัฒนาต่อยอดและการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย จึงได้กำหนดนโยบาย (ข้อ 8) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนาและนวัตกรรมให้สนับสนุนการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาของประเทศ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายให้ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 1 ของรายได้ประชาชาติ และมีสัดส่วนรัฐต่อเอกชน 30:70 ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จากนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึง~~สนับสนุน~~กำหนดให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัดให้ได้~~เพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัย~~ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณ~~ทั้งหมดต่อปี~~ 2561 และ~~สนับสนุน~~เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีต่อไป~~โดยตัวชี้วัดนี้เป็นการรวบรวมงบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 และงบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยในปี พ.ศ. 2561 เท่านั้น~~  **การวิจัยด้านสุขภาพ หมายถึง** ศึกษาค้นคว้า หาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข  **งบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย หมายถึง** ~~งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายใน การวิจัยตามโครงการวิจัย เช่น ค่าตอบแทน ค่าวัสดุ ค่าใช้สอย หรือนำเสนอผลงานวิจัย ฯลฯ ที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 (กรณีเป็นโครงการต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี ให้แสดงวงเงินที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณปัจจุบัน)~~งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนให้กับนักวิจัย เพื่อใช้จ่ายในการจัดทำวิจัยเช่นเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรค่าใช้จ่ายสำหรับงานสนามค่าใช้จ่ายสำนักงานค่าครุภัณฑ์ค่าประมวลผลข้อมูล ค่าพิมพ์รายงาน ค่าจัดประชุมวิชาการ เพื่อปรึกษาเรื่องการดำเนินงาน หรือเพื่อเสนอผลงานวิจัยเมื่อจบโครงการแล้ว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2560 – วันที่ 30 กันยายน 2561  **งบดำเนินการ หมายถึง** รายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายเพื่อการบริหารงานประจำของหน่วยงาน ได้แก่ รายจ่ายที่จ่ายในลักษณะค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ และ ค่าสาธารณูปโภค รวมถึงรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายจากงบรายจ่ายอื่นใดในลักษณะรายจ่ายดังกล่าว  **~~การวิจัย หมายถึง~~** ~~การวิจัยด้านสุขภาพ~~~~การศึกษาค้นคว้า หาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข~~  **~~งบประมาณทั้งหมด หมายถึง~~** ~~งบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 ได้แก่ เงินงบประมาณแผ่นดิน งบประมาณเงินรายได้ และ งบประมาณอื่น~~  **~~(1) งบประมาณแผ่นดิน หมายถึง~~** ~~งบประมาณที่หน่วยงานได้รับจัดสรรจากสำนักงบประมาณตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562~~  **~~(2) งบประมาณเงินรายได้ หมายถึง~~** ~~งบประมาณที่หน่วยงานได้จัดสรรรายรับนั้นตามระเบียบว่าด้วยเงินรายได้ ฯ และหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเงินรายได้ประจำปี เช่น รายได้ของค่าธรรมเนียม ค่าปรับ ค่าเช่า เป็นต้น~~  **~~(3) งบประมาณอื่น หมายถึง~~** ~~งบประมาณอื่น ๆ ที่ไม่จัดอยู่เป็นงบประมาณแผ่นดิน (ตามข้อ 1) และงบประมาณเงินรายได้ (ตามข้อ 2) เช่น เงินกองทุน เงินของแหล่งทุนที่ขอสนับสนุนงานวิจัย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มูลนิธิสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร เป็นต้น~~  **หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** **หมายถึง** หน่วยงานระดับกรม ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ~~ส่วนกลาง~~ จำนวน 8 กรม ~~แห่ง~~ ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรม~~พัฒนา~~การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงานระดับเขตสุขภาพ~~ส่วนภูมิภาค~~ จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12  **งบประมาณเกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี** **หมายถึง** งบดำเนินการที่เกี่ยวกับการวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หารด้วยงบประมาณดำเนินการทั้งหมดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคูณด้วยหนึ่งร้อย  **หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561** **หมายถึง** หน่วยงานระดับกรม ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัดเพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับการวิจัย ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561  **~~ร้อยละของงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมดต่อปี~~****~~หมายถึง~~** ~~หน่วยงานส่วนกลาง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัย ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561~~ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ไม่น้อยกว่า  ร้อยละ 1.5 | ไม่น้อยกว่า  ร้อยละ 1.5 | ไม่น้อยกว่า  ร้อยละ 1.5 | ไม่น้อยกว่า  ร้อยละ 1.5 |  1. ~~หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง~~  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **~~ปีงบประมาณ 61~~** | **~~ปีงบประมาณ 62~~** | **~~ปีงบประมาณ 63~~** | **~~ปีงบประมาณ 64~~** | | ~~ไม่น้อยกว่า~~  ~~ร้อยละ 1.5~~ | ~~ไม่น้อยกว่า~~  ~~ร้อยละ 1.5~~ | ~~ไม่น้อยกว่า~~  ~~ร้อยละ 1.5~~ | ~~ไม่น้อยกว่า~~  ~~ร้อยละ 1.5~~ |  1. ~~หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัย~~  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **~~ปีงบประมาณ 61~~** | **~~ปีงบประมาณ 62~~** | **~~ปีงบประมาณ 63~~** | **~~ปีงบประมาณ 64~~** | | ~~ร้อยละ 3~~ | ~~ร้อยละ 4~~ | ~~ร้อยละ 5~~ | ~~ร้อยละ 6~~ |   **~~หมายเหตุ :~~**  **~~เป้าหมายรัฐบาล (ใช้อ้างอิง)~~**  ~~1. รัฐบาลลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง~~   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **~~แผน 5 ปี~~** | **~~แผน 10 ปี~~** | **~~แผน 15 ปี~~** | **~~แผน 20 ปี~~** | | ~~ร้อยละ 1.5~~ | ~~ร้อยละ 2~~ | ~~ร้อยละ 2.5~~ | ~~ร้อยละ 3~~ |   ~~2. ส่งเสริมให้ภาคเอกชน มีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัย~~   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **~~แผน 5 ปี~~** | **~~แผน 10 ปี~~** | **~~แผน 15 ปี~~** | **~~แผน 20 ปี~~** | | ~~ร้อยละ 6~~ | ~~ร้อยละ 8~~ | ~~ร้อยละ 10~~ | ~~ร้อยละ 12~~ | | |
| **วัตถุประสงค์** | ~~ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาต่อยอดการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสนองตอบต่อประเด็นเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาประเทศ และภารกิจของหน่วยงาน โดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัย และหน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี~~  เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนา ให้กับนักวิจัยในสังกัด อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข~~ที่ได้รับงบประมาณการวิจัย~~ ~~ได้แก่~~ ดังนี้**  1. หน่วยงานระดับกรม~~ส่วนกลาง~~ จำนวน 8 กรม ~~แห่ง~~ ได้แก่ กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  2. หน่วยงานระดับเขตสุขภาพ~~ส่วนภูมิภาค~~ จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | **~~สำรวจข้อมูลงบประมาณด้านการวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง~~**  **1. รวบรวมข้อมูลงบประมาณที่หน่วยงาน**ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข **ได้จัดสรร**ให้ดำเนินงานเกี่ยวกับการวิจัย**และพัฒนา ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จากทุกหน่วยงาน**ระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต  **2. ติดตามการรายงานผลการจัดสรรงบประมาณ จากทุกหน่วยงาน**ระดับกรม หน่วยงานระดับเขต  **3.** บันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด รอบ 3,6,9,และ 12 เดือน จากหน่วยงานระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต  4. ข้อมูลบนเวปไซด์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2561 [www.http://healthkpi.moph.go.th](http://www.http://healthkpi.moph.go.th)(แสดงเป็นภาพรวมของแต่ละกรม และ แต่ละเขตสุขภาพ) |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ~~เอกสารและข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง~~ ข้อมูล Secondary Data จากหน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับเขตและ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. ~~โปรแกรมระบบตัวชี้วัด KPI ของกระทรวงสาธารณสุข จากการ Key In ของหน่วยงานส่วนกลาง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค~~ ข้อมูลบนเวปไซด์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขhttp://healthkpi.moph.go.th |
| **รายการข้อมูล 1** | A = งบประมาณที่หน่วยงานจัดสรรให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา~~สนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยตามโครงการวิจัยทั้งหมด~~ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   1. ~~หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง~~   **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | 0.5 % | 1.0 % | 1.5 % |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | 0.5 % | 1.0 % | 1.5 % |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | 0.5 % | 1.0 % | 1.5 % |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | 0.5 % | 1.0 % | 1.5 % |  1. ~~หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัย~~   **~~ปี 2561 :~~**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **~~รอบ 3 เดือน~~** | **~~รอบ 6 เดือน~~** | **~~รอบ 9 เดือน~~** | **~~รอบ 12 เดือน~~** | | ~~-~~ | ~~1 %~~ | ~~2 %~~ | ~~3 %~~ |   **~~ปี 2562 :~~**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **~~รอบ 3 เดือน~~** | **~~รอบ 6 เดือน~~** | **~~รอบ 9 เดือน~~** | **~~รอบ 12 เดือน~~** | | ~~1 %~~ | ~~2 %~~ | ~~3 %~~ | ~~4 %~~ |   **~~ปี 2563 :~~**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **~~รอบ 3 เดือน~~** | **~~รอบ 6 เดือน~~** | **~~รอบ 9 เดือน~~** | **~~รอบ 12 เดือน~~** | | ~~2 %~~ | ~~3 %~~ | ~~4 %~~ | ~~5 %~~ |   **~~ปี 2564 :~~**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **~~รอบ 3 เดือน~~** | **~~รอบ 6 เดือน~~** | **~~รอบ 9 เดือน~~** | **~~รอบ 12 เดือน~~** | | ~~3 %~~ | ~~4 %~~ | ~~5 %~~ | ~~6 %~~ | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. ~~ระยะเวลาในการประเมิน ภายในเดือนกันยายนของปีงบประมา~~ 2. **~~จาก~~**~~ผลการดำเนินงาน 4 ไตรมาศ ของหน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง โดยจังหวัดเป็นผู้กรอกในโปรแกรมระบบตัวชี้วัด KPI ของกระทรวงสาธารณสุข http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/ (โปรแกรมจะแสดงเป็นภาพรวมของเขตสุขภาพ)~~   1. ร้อยละของงบประมาณที่สนับสนุนให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา อย่างน้อยไม่น้อยกว่า  ร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561  2. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณให้กับ  โครงการวิจัยและพัฒนา อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหน่วยงานทั้งหมด |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. รายงานผลการดำเนินงาน ~~จำนวน 4 ไตรมาศ จากหน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง~~ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 จากหน่วยงานระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต  2. ~~แผนงบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยตามโครงการวิจัยในปีงบประมาณ พ.ศ.2561~~ ข้อมูลใน http://healthkpi.moph.go.th(แสดงเป็นภาพรวมของแต่ละกรม และ แต่ละเขตสุขภาพ) |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด | ร้อยละ  ~~1.5~~ | - | - | 3.46 | | ~~หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด~~ | ~~ร้อยละ 80~~ | ~~-~~ | ~~-~~ | ~~75~~ | | ~~ร้อยละของงานวิจัย ได้รับการสนับสนุน งบประมาณ~~ | ~~ร้อยละ 100~~ | ~~-~~ | ~~-~~ | ~~70.50~~ | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒนชัยกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรศัพท์มือถือ : 089-967674  โทรสาร : 02-5919832 E-mail : bengouy@hotmail.com  **~~สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข~~**  2. นางสุริยาพร ตั้งศรีสกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 091-0033752  โทรสาร :02-5919832 E-mail : tungsrisakul@gmail.com  3. นางพัชราวรรณ แก้วศรีงาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748  โทรสาร : 02-5919832 E-mail : patcha\_mart@hotmail.com  **สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | ~~1.~~ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  ~~2. หน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง~~  ~~2. หน่วยงานระดับเขต จำนวน 12 แห่ง รับผิดชอบติดตามข้อมูลจากหน่วยงานระดับ~~  ~~จังหวัดในเขต~~ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | ~~1. นางจิรภฎา วานิชอังกูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079~~  ~~โทรสาร : 02-5919832 E-mail :~~~~ppproject2016@hotmail.com~~  **~~สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข~~**  1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒนชัยกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรศัพท์มือถือ : 089-967674  โทรสาร : 02-5919832 E-mail : bengouy@hotmail.com  2. นางสุริยาพร ตั้งศรีสกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 091-0033752  โทรสาร :02-5919832 E-mail : tungsrisakul@gmail.com  3. นางพัชราวรรณ แก้วศรีงาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748  โทรสาร : 02-5919832 E-mail : patcha\_mart@hotmail.com  **สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **77. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 100 ตำรับ  จัดพิมพ์รายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ปี 2560 อย่างน้อย 100 ตำรับ | 100 ตำรับ  จัดพิมพ์รายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ปี 2561 อย่างน้อย 100 ตำรับ | 100 ตำรับ  จัดพิมพ์รายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ปี 2562 อย่างน้อย 100 ตำรับ | ประกาศตำรับยา  แผนไทยแห่งชาติ  อย่างน้อย 300-500 ตำรับ  ในราชกิจจานุเบกษาและจัดพิมพ์ตำรายา  แผนไทยแห่งชาติ | | |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย  2. ได้ผลการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน ~~25~~ 20 ตำรับ | 1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย  2. ได้ผลการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 50 ตำรับ | 1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย  2. ได้ผลการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน ~~75~~ 80 ตำรับ | 1. ได้ผลการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 100 ตำรับ (ยอดสะสม 200 ตำรับในปี 2560-2561)  2. รับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แพทย์แผนไทย และผู้ประกอบการผลิตยาแผนไทย ต่อตำรับยาแผนไทยที่คัดเลือก  3. มีเอกสารต้นฉบับเพื่อเตรียมการจัดพิมพ์และเผยแพร่ |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | 100 ตำรับ |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | 100 ตำรับ |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | 500 ตำรับ  (ผลงานปีงบประมาณ 2560-2564) รวบรวมจัดทำเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใน  ราชกิจจานุเบกษา และจัดพิมพ์เป็นตำรายา  แผนไทยแห่งชาติ | | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ | ตำรับ | - | - | ~~82~~  ~~(ณ 21 ส.ค. 60)~~  104  (ณ 25 ก.ย. 60) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. ภญ.ดร.อัญชลี จูฑะพุทธิ ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก และ  ผู้อำนวยการ~~สำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิม~~ ~~ระหว่างประเทศ~~กองวิชาการและแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900  โทรสาร : 02-5914409 E-mail : anchaleeuan@gmail.com  **~~สำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ~~**  **กองวิชาการและแผนงาน**  2. นางเสาวณีย์ กุลสมบูรณ์ ผู้อำนวยการกองคุ้มครองและส่งเสริม  ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์  พื้นบ้านไทย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608 โทรศัพท์มือถือ : 081-3727660  โทรสาร : 02-5917808 E-mail : saowanee@dtam.moph.go.th  **กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย**  3. นายนันทศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์ ~~ผู้อำนวยการกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์~~ ~~แผนไทยและพื้นบ้านไทย~~  นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608 โทรศัพท์มือถือ : 085-4829029  โทรสาร : 02-5911095 E-mail : krittatach.dtam@gmail.com  **กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย**  4. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505  โทรสาร : 02-1495647 E-mail : khwancha@health.moph.go.th  **สถาบันการแพทย์แผนไทย** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | ~~สำนักยุทธศาสตร์~~ กองวิชาการและแผนงาน  กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางกรุณา ทศพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kiwi\_sida29@hotmail.com  **~~สำนักยุทธศาสตร์~~ กองวิชาการและแผนงาน**  3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989  โทรสาร : 02-9510218 E-mail : sukunya0210@gmail.com  **กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **78. ~~จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ~~ จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด** |
| **คำนิยาม** | **1. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง** ~~การใช้องค์ความรู้ ทักษะการบริหารจัดการประสบการณ์ทางด้านวิทยาศาสตร์ และด้านเทคโนโลยี เพื่อการคิดค้น การประดิษฐ์ การพัฒนา การผลิตสินค้า การบริการ กระบวนการผลิต และจัดการองค์ความรู้ในรูปแบบใหม่ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยนวัตกรรมดังกล่าว ไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่หมายรวมถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือสาธารณสุขได้~~ นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษา วิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรมเดิม  **2. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง** ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบหรือผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่เป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้  **3. เทคโนโลยีสุขภาพ หมายถึง** ~~วิทยาการที่นำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ ไม่ว่าในทางใดในด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)  **~~3. การพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ หมายถึง~~** ~~การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนา เพื่อให้ได้องค์ความรู้ไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | จำนวนนวัตกรรม~~ที่คิดค้นใหม่~~ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด~~การให้บริการด้านสุขภาพ~~ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม~~ด้าน~~กรมวิทยาศาสตร์  การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10 ~~(เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560)~~ | จำนวนนวัตกรรม~~ที่คิดค้นใหม่~~ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด~~การให้บริการด้านสุขภาพ~~ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม~~ด้าน~~กรมวิทยาศาสตร์  การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ ~~15~~ 5  ~~(เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560)~~ | จำนวนนวัตกรรม~~ที่คิดค้นใหม่~~ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด~~การให้บริการด้านสุขภาพ~~ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม~~ด้าน~~กรมวิทยาศาสตร์  การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ ~~20~~ 5  ~~(เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560)~~ | จำนวนนวัตกรรม~~ที่คิดค้นใหม่~~ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด~~การให้บริการด้านสุขภาพ~~ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม~~ด้าน~~กรมวิทยาศาสตร์  การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ ~~25~~ 5  ~~(เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560)~~ | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนา~~ระบบ~~การแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและ~~องค์ความรู้ขององค์การ~~ เทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. ประชาชนและชุมชน  2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข  3. นักวิจัย  4. ~~สถานศึกษา~~ สถาบันการศึกษาหรือวิจัย |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ~~รวบรวมข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูลงานวิจัยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ปี พ.ศ.2502 - ปัจจุบัน)~~ รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4  หมายเหตุ : 5 ปี โดยตลอดระยะเวลา 5 ปี จะมีการประเมินผลทุกปี |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข | แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต~~นวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ ประจำปีงบประมาณ 2561 | รายงานผลความก้าวหน้า~~การผลิตนวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้า การผลิต | - จำนวนนวัตกรรม~~ที่คิดค้นใหม่~~ หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด~~การให้บริการด้านสุขภาพ~~ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม~~ด้าน~~กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10 ~~(เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560)~~  - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข | แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต~~นวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ ประจำปีงบประมาณ 2562 | รายงานผลความก้าวหน้า~~การผลิตนวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการผลิต | - จำนวนนวัตกรรม~~ที่คิดค้นใหม่~~ หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด~~การให้บริการด้านสุขภาพ~~ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม~~ด้าน~~กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ ~~15~~ 5 ~~(เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560)~~  - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข | แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต~~นวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ ประจำปีงบประมาณ 2563 | รายงานผลความก้าวหน้า~~การผลิตนวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการผลิต | - จำนวนนวัตกรรม~~ที่คิดค้นใหม่~~ หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อยอด~~การให้บริการด้านสุขภาพ~~ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม~~ด้าน~~กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ ~~20~~ 5 ~~(เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560)~~  - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข | แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต~~นวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ ประจำปีงบประมาณ ~~2563~~ 2564 | รายงานผลความก้าวหน้า~~การผลิตนวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข~~ การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการผลิต | - จำนวนนวัตกรรม~~ที่คิดค้นใหม่~~ หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด~~การให้บริการด้านสุขภาพ~~ ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม~~ด้าน~~กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ ~~25~~ 5 ~~(เปรียบเทียบจากจำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560)~~  - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง | | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2557** | **2558** | **2559** | | ฐานข้อมูล~~งานวิจัย~~นวัตกรรม  กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560 ~~(ปี พ.ศ.2502 - ปัจจุบัน)~~ | เรื่อง | ~~47~~  18 | ~~58~~  27 | ~~17~~  28 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางเดือนถนอม พรหมขัติแก้ว นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 99121 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-9511297 E-mail:duanthanorm.p@dmsc.mail.go.th  2. นางสาววรางคณา อ่อนทรวง ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : ~~02-5899868~~ E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th  **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาววรางคณา อ่อนทรวง ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th  2. นายจุมพต สังข์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : jumepote.s@dmsc.mail.go.th  3. นางสาวชิสา นันทกิจ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : chisa.n@dmsc.mail.go.th  **~~กองแผนงานและวิชาการ~~ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **79. จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด** |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | จำนวนงานวิจัยที่มีการ  ส่งต่อและนำไปใช้ประโยชน์ | จำนวนเรื่อง | - | - | ~~9~~  11 |   ข้อมูลสิ้นสุด ณ ~~11 สิงหาคม 2560~~ 30 กันยายน 2560 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495647 โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505  โทรสาร : 0-2149-5647 E-mail : [khwancha@health.moph.go.th](mailto:khwancha@health.moph.go.th)  **สถาบันการแพทย์แผนไทย**  2. ดร.ภญ.มณฑกา ธีรชัยสกุล ~~ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย~~  หัวหน้ากลุ่มวิจัยการแพทย์แผนไทย  (สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย)  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2243247 โทรศัพท์มือถือ : 083-1774297  โทรสาร : 02-2243247 E-mail : [monthaka.t@gmail.com](mailto:monthaka.t@gmail.com)  **~~สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย~~ สถาบันการแพทย์แผนไทย**  ~~2. นางเสาวณีย์ กุลสมบูรณ์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์พื้นบ้านไทย~~  ~~ผู้อำนวยการ~~**~~กองคุ้มครองและส่งเสริม~~**  **~~ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย~~**  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5692 โทรศัพท์มือถือ : 081-372-7660~~  ~~โทรสาร : 0-2149-5693 E-mail :~~ [~~saowanee@health.moph.go.th~~](mailto:saowanee@health.moph.go.th)  **~~กองการแพทย์พื้นบ้านไทย~~**  **~~กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย~~**  ~~4. ภก.สมนึก สุชัยธนาวนิช ผู้อำนวยการกองพัฒนายาแผนไทยและ สมุนไพร~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2564-7889 โทรศัพท์มือถือ : 089-760-0592~~  ~~โทรสาร : 0-2564-7889 ต่อ 26 E-mail :~~ [~~somnuekster@gmail.com~~](mailto:somnuekster@gmail.com)  **~~กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร~~**  ~~5. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรศัพท์มือถือ : 081-872-3270~~  ~~โทรสาร : 0-2149-5636 E-mail : tewantha@gmail.com~~  **~~สำนักการแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก~~**  ~~6. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน~~  ~~หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ไทย – จีน~~  ~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5676 โทรศัพท์มือถือ : 081-356-5326~~  ~~โทรสาร : 0-2149-5677 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com~~  **~~สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กองการแพทย์ทางเลือก~~**  3. นางศรีจรรยา โชตึก ~~ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์~~  หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : [kungfu55@gmail.com](mailto:kungfu55@gmail.com)  **~~สำนักยุทธศาสตร์~~ กองวิชาการและแผนงาน** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | ~~สำนักยุทธศาสตร์~~ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน  กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางกรุณา ทศพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kiwi\_sida29@hotmail.com  **~~สำนักยุทธศาสตร์~~ กองวิชาการและแผนงาน**  3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989  โทรสาร : 02-9510218 E-mail : sukunya0210@gmail.com  **กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **65. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว** |
| **คำนิยาม** | **1. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง** การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี  มีเกณฑ์ประเมินดังนี้  **หมวด 1** การนำองค์กรและการจัดการดี  **หมวด 2** การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  **หมวด 3** การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล  **หมวด 4** การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย  **หมวด 5** ผลลัพธ์  ~~โดยมีการประเมินเกณฑ์พัฒนา 3 ดาว 4 ดาว และ 5 ดาว (ผ่านเกณฑ์)~~  ~~รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คือ 5 ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้~~  ~~1) คะแนนรายหมวด มากกว่า ร้อยละ 80~~  ~~2) คะแนนรวม 5 หมวด มากกว่า ร้อยละ 90~~  โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้  ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)  ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)  ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)  **2. การรับรองผล** จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :** (สะสม)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 25 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 100 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ~~โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 9,780 แห่ง ไม่รวมจำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ในปี 2560~~  โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 8,123 แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ในปี 2560) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งดูแลโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน |

|  |  |
| --- | --- |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | ~~A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล~~  ~~ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว~~  ~~B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 ดาว~~  ~~C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 ดาว~~  A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว  B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว  C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3 ดาว |
| **รายการข้อมูล 2** | D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ในปี 2560 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ  2. อบรม ครู ก ~~ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2~~ ระดับประเทศ 1 ครั้ง  ~~3. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง~~  ~~4. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม~~  ~~5. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2561~~  3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาวปี 2561 | 1. อบรม ครู ก ครั้งที่ 2  2. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง  3. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม | 1. รพ.สต.ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา  2. ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอ จังหวัด และเขต | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 25 (สะสม) |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 50 (สะสม) |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 75 (สะสม) |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม) | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต |
| **เอกสารสนับสนุน :** | คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ~~9,780 แห่ง~~  1,683 แห่ง | ร้อยละ | - | - | 17.16 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. นางสาวหทัยรัตน์ คงสืบ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901378 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5902348 E-mail : strategic2.bps@gmail.com  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. พญ.มานิตา พรรณวดี รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901387 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |