



รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561

คำนำ

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

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

กระทรวงสาธารณสุข

กันยายน 2560

สารบัญ

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
	คำนำ	ก
	สรุปภาพรวมตัวชี้วัด 80 ตัว	ข
1	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	1
2	อัตราส่วนการตายมารดาไทย	5
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	8
4	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	13
5	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	17
6	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	20
7	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	25
8	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	28
9	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	31
10	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	34
11	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	37
12	Healthy Ageing (ด้านสุขภาพ)	42
13	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	47
14	ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	51
15	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	56
16	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	60
17	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	65
18	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	68
19	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	71
20	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	76
21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	83
22	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	87

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
23	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	93
24	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	99
25	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	112
26	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	115
27	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	118
28	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	122
29	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	124
30	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	129
31	อัตราการตายทารกแรกเกิด	132
32	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	135
33	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	145
34	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	150
35	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	154
36	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	157
37	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	162
38	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	168
39	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	171
40	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	174
41	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	178
42	อัตราการตายจากมะเร็งปอด	180
43	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	182
44	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	185

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
45	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	187
46	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (3 month remission rate)	190
47	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง	193
48	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	197
49	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	200
50	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	203
51	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	209
52	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	213
53	จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด	218
54	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	223
55	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	231
56	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	235
57	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	239
58	ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	242
59	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	246
60	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	253
61	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	259
62	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ระบบการควบคุมภายใน	261
63	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	269
64	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	278

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
65	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว	284
66	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	287
67	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	289
68	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	293
69	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)	298
70	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	301
71	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	304
72	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	307
73	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์	321
74	ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด	326
75	ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น	330
76	ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	333
77	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	337
78	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	341
79	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	346
80	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	349
	ภาคผนวก ก (ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)	350
	ภาคผนวก ข (แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและรายงานตัวชี้วัด)	459

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																								
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ 12 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
1	1. โครงการ พัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพ คนไทยกลุ่ม สตรีและเด็ก ปฐมวัย	1	1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มี การคลอดมาตรฐาน <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 1.1 ร้อยละของโรงพยาบาล ระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินการคลอดมาตรฐาน 1.2 ร้อยละของโรงพยาบาล ระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่าน เกณฑ์การประเมินการคลอด มาตรฐาน	กรมการ แพทย์				เขต	ส่วนกลาง															
		2	2) อัตราส่วนการตายมารดาไทย	กรมอนามัย			1	จังหวัด	ส่วนกลาง						✓									
		3	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มี พัฒนาการสมวัย	กรมอนามัย			2	จังหวัด	HDC											✓				
		4	4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	กรมอนามัย			3	จังหวัด	HDC											✓				

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค							
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		
													HDC	other				HDC	other				HDC	other	
2	2. โครงการ พัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพ คนไทยกลุ่มวัย เรียนและวัยรุ่น	5	1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100	กรม สุขภาพจิต				จังหวัด	ส่วนกลาง			✓													
		6	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงติสม ส่วน	กรมอนามัย				จังหวัด	HDC						✓										
		7	3) ร้อยละของเด็กไทยมีความ ฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ใน เกณฑ์ปกติขึ้นไป	กรม สุขภาพจิต				จังหวัด	ส่วนกลาง			✓													
		8	4) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	กรมอนามัย			4	จังหวัด	HDC						✓										
		9	5) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	กรมอนามัย			5	จังหวัด	HDC				✓												
3	3. โครงการ พัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพ คนไทยกลุ่มวัย ทำงาน	10	1) ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน อายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย ปกติ	กรมอนามัย				จังหวัด	HDC							✓									

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
4	4. โครงการ พัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพ คนไทยกลุ่มวัย ผู้สูงอายุ	11	1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการ ส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว (Long Term Care) ใน ชุมชนผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย			6	จังหวัด	ส่วนกลาง		✓													
		12	2) Healthy Ageing (ด้านสุขภาพ)	กรมการ แพทย์				จังหวัด	ส่วนกลาง	✓														
แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
5	*1. โครงการ การพัฒนา คุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.)	13	1) ร้อยละของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ	สปลค./กอง บริหารการ สาธารณสุข/ สำนักงาน บริหาร ยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถี ชีวิตไทย	1	1	7	จังหวัด	จังหวัด							✓								

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค																			
					PA ปลัด	PA สตบ	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic																
													HDC	other				HDC	other				HDC	other															
แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (5 โครงการ 9 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																																							
6	*1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	14	1) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	กรมควบคุมโรค			2	8	จังหวัด	ส่วนกลาง	✓																												
7	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	15	1) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	กรมควบคุมโรค					จังหวัด	ส่วนกลาง					✓																								
		16	2) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	กรมควบคุมโรค					จังหวัด	จังหวัด										✓																			
8	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	17	1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	กรมควบคุมโรค				9	จังหวัด	ส่วนกลาง					✓																								
		18	2) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	กรมควบคุมโรค				10	จังหวัด	ส่วนกลาง						✓																							

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค										
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic					
													HDC	other				HDC	other				HDC	other				
		19	3) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 19.1 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 19.2 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	กรมควบคุมโรค			11	จังหวัด	HDC										✓									
9	4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	20	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 20.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดมีความปลอดภัย 20.2 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	คณะกรรมการอาหารและยา				จังหวัด	ส่วนกลาง											✓								

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
10	5. โครงการ คุ้มครอง ผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพและ บริการสุขภาพ	21	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กำหนด	คณะกรรมการ อาหารและ ยา				จังหวัด	จังหวัด										✓					
		22	2) ร้อยละของสถานพยาบาล เอกชนและสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมายกำหนด <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 22.1 ร้อยละของสถานพยาบาล เอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมายกำหนด 22.2 ร้อยละของสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด	กรม สนับสนุน บริการสุขภาพ				จังหวัด	จังหวัด				✓											

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
11	*1.โครงการ บริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม	23	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ พัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 1. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่าน เกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป 2. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่าน เกณฑ์ระดับขึ้นไป 3. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก 4. ร้อยละของจำนวนจังหวัดใน เขตที่มีโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก	กรมอนามัย/ กรมควบคุม โรค				จังหวัด	ส่วนกลาง						✓									

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
12	2. โครงการ คุ้มครอง สุขภาพ ประชาชนจาก มลพิษ สิ่งแวดล้อมใน พื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	24	1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบ จัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพอย่างบูรณาการมี ประสิทธิภาพและยั่งยืน	กรมอนามัย/ กรมควบคุม โรค				จังหวัด	ส่วนกลาง	✓														
2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																								
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
13	*1. โครงการ พัฒนาระบบ การแพทย์ปฐม ภูมิ	25	1) ร้อยละของคลินิกหมอ ครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	สำนักปฐม ภูมิและหมอ ครอบครัว	2	4	13	จังหวัด	ส่วนกลาง		✓													

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (17 โครงการ 24 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
14	1. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	26	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ได้ <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 26.1 ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุมได้ 26.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	กรมควบคุม โรค				จังหวัด	HDC											✓				
		27	2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	กรมควบคุม โรค				จังหวัด	HDC												✓			
		28	3) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	กรมการ แพทย์			14	จังหวัด	HDC													✓		

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค																				
					PA ปลัด	PA สตบ	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic															
													HDC	other				HDC	other				HDC	other														
15	*2. โครงการ ป้องกันและ ควบคุมการคื้อ ยาต้านจุลชีพ และการใช้ยา อย่าง สมเหตุสมผล	29	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยา อย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อย ละของโรงพยาบาลที่มีระบบ จัดการการคื้อยาด้านจุลชีพอย่าง บูรณาการ (AMR) <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 1 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 2 29.3 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ มีระบบจัดการการคื้อยาด้านจุล ชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	กองบริหาร การ สาธารณสุข/ อย./ กรมวิทยาศา สตร์การแพทย์				จังหวัด	ส่วนกลาง	✓																												

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
16	3. โครงการ พัฒนาศูนย์ ความเป็นเลิศ ทางการแพทย์	30	1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขต สุขภาพลดลง	กองบริหาร การ สาธารณสุข			16	จังหวัด	HDC								✓							
17	4. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาทารกแรก เกิด	31	1) อัตราตายทารกแรกเกิด	กรมการ แพทย์				จังหวัด	ส่วนกลาง								✓							
18	5. โครงการ พัฒนาระบบ การดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care)	32	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการ ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	กรมการ แพทย์				จังหวัด	เขต					✓										
19	6. โครงการ พัฒนาระบบ บริการ การแพทย์แผน ไทยฯ	33	1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับ บริการการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	กรมการ แพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก			17	จังหวัด	HDC								✓							

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหลัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สศป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
20	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิต	34	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต				จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										
		35	2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	กรมสุขภาพจิต				จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										
21	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และ	36	1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	กรมการแพทย์				จังหวัด	HDC								✓							
		37	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	กรมการแพทย์				เขต	ส่วนกลาง									✓						
22	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ	38	1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	กรมการแพทย์				เขต	เขต					✓										
		39	2) อัตราตายจากโรคหลอดเลือด	กรมการ			19	จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตบ	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
23	10. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	40	1) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 40.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 40.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 40.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	กรมการแพทย์				เขต	ส่วนกลาง						✓									
		41	2) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	กรมการแพทย์				จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										
		42	3) อัตราตายจากมะเร็งปอด	กรมการแพทย์				จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค											
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic								
													HDC	other				HDC	other				HDC	other							
24	11. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไต	43	1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มี อัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	กรมการ แพทย์			20	จังหวัด	HDC									✓													
25	12. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	44	1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิด บอด (Blinding Cataract) ด้รับ การผ่าตัดภายใน 30 วัน	กรมการ แพทย์				จังหวัด	ส่วนกลาง										✓												
26	13. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่าย อวัยวะ	45	1) อัตราส่วนของผู้ป่วยอวัยวะ บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล	กรมการ แพทย์			21	จังหวัด	ส่วนกลาง										✓												

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
27	14. โครงการ พัฒนาระบบ บริการ บำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด	46	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate) <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 46.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate) 46.2 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องหลังจากการบำบัดรักษา(Remission)	กรมการแพทย์			22	จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										
28	15. โครงการ พัฒนาระบบ บริการดูแล ระยะกลาง (Intermediate Care)	47	1) ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง	กรมการแพทย์				จังหวัด	จังหวัด					✓										

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตบ	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
29	*16. โครงการ พัฒนาระบบ บริการ one day surgery	48	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการ ผ่าตัดแบบ One Day Surgery	กรมการ แพทย์		6	23	เขต	HDC	✓														
30	17. โครงการ พัฒนาระบบ บริการ Minimally Invasive Surgery	49	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการ ผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	กรมการ แพทย์				เขต	ส่วนกลาง	✓														
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
31	*1. โครงการ พัฒนาระบบ บริการ การแพทย์ ฉุกเฉินครบ วงจรและระบบ การส่งต่อ	50	1) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วย วิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	กรมการ แพทย์		7	24	จังหวัด	HDC									✓						

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
32	*1. โครงการ เฉลิมพระเกียรติ	51	1) อัตราความสำเร็จการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	กรมควบคุม โรค	3	8	25	จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										
33	2. โครงการ พัฒนาพื้นที่ พิเศษ	52	1) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของ หน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับ การจัดบริการอาชีวอนามัย และ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กรมควบคุม โรค				จังหวัด	ส่วนกลาง		✓													
แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
34	*1.โครงการ พัฒนาการ ท่องเที่ยวเชิง สุขภาพและ การแพทย์	53	1) จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อย เขตละ 1 จังหวัด	กรมการ แพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก		9	26	จังหวัด	จังหวัด						✓									

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
3. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)																								
แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (3 โครงการ 6 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
35	1. โครงการ ผลิตและพัฒนา กำลังคนด้าน สุขภาพสู่ความ เป็นมืออาชีพ	54	1) ระดับความสำเร็จของเขต สุขภาพที่มีการบริหารจัดการ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	สถาบันพระ บรมราชชนก				เขต	ส่วนกลาง	✓														
		55	2) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการ พัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	สถาบันพระ บรมราชชนก				จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										
36	*2.โครงการ Happy MOPH กระทรวง สาธารณสุข กระทรวงแห่ง ความสุข	56	1) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการ นำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	กอง ยุทธศาสตร์ และแผนงาน	4	10	27	จังหวัด	ส่วนกลาง			✓												
		57	2) อัตราการคงอยู่ของบุคลากร สาธารณสุข (Retention rate)	กองบริหาร ทรัพยากร	5	11	28	จังหวัด	ส่วนกลาง				✓											
		58	3) ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ	กอง ยุทธศาสตร์				จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค																	
					PA ปลัด	PA สปป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic														
													HDC	other				HDC	other				HDC	other													
37	3.โครงการ พัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้าน สุขภาพ	59	1) ร้อยละของครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กรม สนับสนุน บริการสุขภาพ				จังหวัด	ส่วนกลาง					✓																							

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
4. แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)																								
แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (2 โครงการ 6 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
38	1.โครงการ ประเมิน คุณธรรม ความ โปร่งใส และ บริหารความ เสี่ยง	60	1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA	ศูนย์ ปราบปราม การทุจริต			29	ประเทศ	ส่วนกลาง		✓													
		61	2) ร้อยละของการจัดซื้อจัดจ้างของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุ	กองบริหาร การ			30	เขต	ส่วนกลาง	✓														
		62	3) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมินผลระบบการควบคุม ภายใน	กลุ่ม ตรวจสอบ ภายในระดับ กระทรวง				ประเทศ	ส่วนกลาง		✓													
39	*2. โครงการ พัฒนาองค์กร คุณภาพ	63	1) ระดับความสำเร็จของการ พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 63.1 สำนัก/กองในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ส่วนกลาง 63.2 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด	กพร.สป.			12	31	ประเทศ	ส่วนกลาง		✓												

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
		64	2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 64.1 ร้อยละของของ โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาล ทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการ แพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรม สุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 64.2 ร้อยละของโรงพยาบาล ชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ชั้น 3	กองบริหาร การ สาธารณสุข		13	32	จังหวัด	ส่วนกลาง		✓													
		65	3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่าน เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม	สำนักปฐม ภูมิและหมอ ครอบครัว/ กอง ยุทธศาสตร์ และแผนงาน		14	33	จังหวัด	ส่วนกลาง				✓											

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
40	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)	66	1) ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				จังหวัด	ส่วนกลาง											✓				
41	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)	67	1) ร้อยละของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทูตียมุมิและตติยมุมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE)) <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 67.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูล 67.2 การจัดการระบบสุขภาพ	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ				จังหวัด	ส่วนกลาง		✓													

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตบ	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
		68	2) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record) <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 68.1 ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ 68.2 ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ				จังหวัด	ส่วนกลาง		✓													
แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ 4 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
42	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน	69	1) ใช้จ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme) <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 69.1 ระบบสวัสดิการ รักษายาบาลข้าราชการ 69.2 ระบบประกันสังคม 69.3 ระบบประกันสุขภาพ แห่งชาติ	สปสข.				ประเทศ	ส่วนกลาง				✓											

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
		70	2) กำหนดให้มีมาตรฐานการ จ่ายเงินของแต่ละระบบ หลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่ สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกัน ในทุกประเภทและระดับการบริการ	กอง เศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกัน สุขภาพ				ประเทศ	ส่วนกลาง					✓										
		71	3) ร้อยละของประชากรเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	สถาบัน การแพทย์ ฉุกเฉิน				จังหวัด	ส่วนกลาง					✓										
43	*2. โครงการ บริหารจัดการ ด้านการเงิน การคลัง	72	1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	กอง เศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกัน สุขภาพ	6	15	34	จังหวัด	ส่วนกลาง	✓														

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 7 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
44	1. โครงการ พัฒนา งานวิจัย/ นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์ สุขภาพและ เทคโนโลยีทาง การแพทย์	73	1) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้าน สุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	สำนัก วิชาการ สาธารณสุข				ประเทศ	ส่วนกลาง	✓														
		74	2) ร้อยละของงบประมาณด้านการ วิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ	สำนัก วิชาการ				ประเทศ	ส่วนกลาง	✓														
		75	3) ร้อยละของยากกลุ่มเป้าหมายที่ ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยา ต้นแบบเพิ่มขึ้น	คณะกรรมการ อาหารและ ยา				ประเทศ	ส่วนกลาง				✓											
		76	4) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือ แพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	คณะกรรมการ อาหารและ ยา				ประเทศ	ส่วนกลาง	✓														

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
													HDC	other				HDC	other				HDC	other
		77	5) จำนวนตำรับยาแผนไทย แห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครองและ ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผน ไทย	กรมการ แพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก				ประเทศ	ส่วนกลาง	✓														
		78	6) จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	กรมการ แพทย์/ กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์				ประเทศ	ส่วนกลาง		✓													
		79	7) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/ งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริง ทางการแพทย์ หรือการตลาด	กรมการ แพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก				ประเทศ	ส่วนกลาง			✓												

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 80 ตัว

โครงการ ที่	แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก			ระดับ การ รายงาน ข้อมูล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค							
					PA ปลัด	PA สตป	ตรวจ ราชการ			Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		
													HDC	other				HDC	other				HDC	other	
แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																									
45	1. โครงการปรับ โครงสร้างและ พัฒนากฎหมาย ด้านสุขภาพ	80	1) ร้อยละของกฎหมายที่ควร ปรับปรุงได้รับการแก้ไขและการ บังคับใช้ <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 80.1 ร้อยละของกฎหมายที่อยู่ใน ความรับผิดชอบของกระทรวง สาธารณสุขที่ได้รับการปรับปรุง แก้ไข 80.2 ระดับความสำเร็จของการ บังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจ หน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข	กองกฎหมาย				ประเทศ	ส่วนกลาง	✓															
รวม 15 แผนงาน 45 โครงการ 80 ตัวชี้วัด					6	15	34	0			14	11	4	1	21	6	3	0	16	1	0	3	0	0	0

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																		
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย																		
ระดับการแสดงผล	เขต																		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน																		
คำนิยาม	<p>การคลอดมาตรฐาน หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ 3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐาน มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์) 																		
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>40</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>				โรงพยาบาลระดับ	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	A, S	80	80	90	100	M1, M2, F1, F2	40	40	50	60
โรงพยาบาลระดับ	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64															
A, S	80	80	90	100															
M1, M2, F1, F2	40	40	50	60															
วัตถุประสงค์	มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยเฉพาะมารดาที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านสูติกรรมในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ทั่วประเทศ																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์																		

แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน															
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน															
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ทั้งหมด															
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน															
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ทั้งหมด															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน</p> $= (A1/B1) \times 100$ <p>2. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน</p> $= (A2/B2) \times 100$															
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4															
เกณฑ์การประเมิน :																
ปี 2561:																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>40</td> <td>-</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	80	-	80	M1, M2, F1, F2	-	40	-	40	
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
A, S	-	80	-	80												
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40												
ปี 2562:																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>40</td> <td>-</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	80	-	80	M1, M2, F1, F2	-	40	-	40	
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
A, S	-	80	-	80												
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40												
ปี 2563:																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>90</td> <td>-</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>50</td> <td>-</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	90	-	90	M1, M2, F1, F2	-	50	-	50	
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
A, S	-	90	-	90												
M1, M2, F1, F2	-	50	-	50												
ปี 2564:																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>100</td> <td>-</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>60</td> <td>-</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	100	-	100	M1, M2, F1, F2	-	60	-	60	
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
A, S	-	100	-	100												
M1, M2, F1, F2	-	60	-	60												
วิธีการประเมินผล :	<p>1. เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย</p> <p>2. ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์ (พ่วงไปกับการประเมินโรงพยาบาลสายใยรัก)</p>															

	<p>3. สรุปผลการประเมิน</p> <p>4. คำนวณอัตราส่วนของสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน/สถานบริการสุขภาพของรัฐทั้งหมด</p>					
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์</p> <p>2. เกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน 17 ข้อ</p> <p>3. ประชุมมหกรรมวิชาการ “การคลอดมาตรฐานและการดูแลทารกแรกเกิด” ประจำปี 2556-2560</p> <p>4. ประชุมสัมมนา “การคลอดมาตรฐานและการดูแลทารกแรกเกิด” สำหรับโรงพยาบาลชุมชน 4 ภูมิภาค ปี 2557-2558</p> <p>5. การติดตาม ประเมินผล ระบบบริการด้านการคลอดมาตรฐานในเขตสุขภาพ 4 ภูมิภาค ปี 2557-2560</p> <p>6. อบรมเชิงปฏิบัติการ “การทำหัตถการทางสูติกรรมสำหรับแพทย์ใช้ทุนและพยาบาลผดุงครรภ์ของโรงพยาบาลชุมชน” ปี 2558-2560</p>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		NA	NA	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ผศ.นพ. เกษม เสรีพรเจริญกุล ที่ปรึกษา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062988 โทรศัพท์มือถือ : 081-6945405 โทรสาร : 02-3548084 E-mail : kasem_saeree@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>2. ผศ.นพ. สมบูรณ์ ศรศุกุลรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548084 โทรศัพท์มือถือ : 081-3156052 โทรสาร : 02-3548084 E-mail : chanapatman@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี</p>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นางจุฬารักษ์ สิงกลางพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-355-4866, 081-8424148 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : klangpol@yahoo.com กรมการแพทย์</p>					

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวจิรภัทร์ เยียวยาน นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062957 โทรศัพท์มือถือ : 085-6971650 โทรสาร : 02-2062957 E-mail : coeplus.rajavithi@gmail.com</p>
	<p>โรงพยาบาลราชวิถี 2. นพ.ภัทรวิรินทร์ อุตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักพิเศษระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
	<p>3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p> <p>กรมการแพทย์</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย											
คำนิยาม	<p>การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และ/หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจปล้ำความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างานการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลที่เกิดกรณีแม่ตายรายงาน สสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง สสจ.รายงานศูนย์อนามัยภายใน 7 วัน รายงานสืบสวนการตาย (CE) จาก สสจ.ไปยังศูนย์อนามัยและกรมอนามัยภายใน 30 วัน รายงานผลการ Conference maternal death case 											
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอดทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด (นับตามจังหวัดที่ตาย)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน											

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100,000				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ การรายงานข้อมูล : ทุกเดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	
วิธีการประเมินผล :	กรมอนามัย นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหา สัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย				
เอกสารสนับสนุน :	1. แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก1, แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆถ้ามี) 2. มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	สำนักส่งเสริม สุขภาพ กรม อนามัย	อัตราส่วนการ ตายมารดาต่อ การเกิดมีชีพ 100,000 คน	24.23	24.26	23.75

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904435 โทรสาร : 02-5904427</p> <p>2. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425 โทรสาร : 02-5904427</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pimolphantang@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-8997380 E-mail : noi_55@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904438 โทรสาร : 02-5904427</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-5465561 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย		
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- <u>การคัดกรองพัฒนาการเด็ก</u> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>- <u>เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที(1B262) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>- <u>เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2</p> <p>- <u>เด็กพัฒนาการสมวัย</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน(1B260)</p> <p>- <u>เด็กพัฒนาการล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย :	1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย		
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85
	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 85	

1.1 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	
1.2 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	
1.3 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่อง การเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน <u>ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง</u> ในช่วงเวลาที่กำหนด			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที(1B262) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)			
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งหมดที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2			
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5			

	ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)																																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม) = (B/A) × 100</p> <p>2. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) = ((C+D)/B) × 100</p> <p>3. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน = (E/C) × 100</p> <p>4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย = (F/B) × 100</p>																																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ไม่สะสม)																																
<p>เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ 4 ตัวชี้วัด ดังนี้</p> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่า</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90																														
วิธีการประเมินผล :	<p>ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน)</p> <p>*การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน</p>																																

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 3. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล 4. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิป์วิดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 5. คู่มือมิสนมแม่ 6. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 7. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2558	2559	2560
	1. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม) * (HDC 2560)	80.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	80.5
	2. ร้อยละเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า** (HDC 2560)	16.0	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	12.0	16.0
	3. ร้อยละของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการติดตาม* (HDC 2560)	73.3	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	57.0	73.3
	4. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย* (HDC 2560)	95.8	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	90.6	95.8

*ผลงาน HDC ตค 2559 – กย 2560 ณ. 12 พย.2560

หมายเหตุ : การตั้งค่าเป้าหมายปี 2561 ที่ร้อยละ 85 คิดจากข้อมูลทางวิชาการ พบว่า

1. เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ 3.5 - 24.0 (โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ 13.9 และประเทศอิสราเอลพบที่ร้อยละ 8.9)
2. มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี (1997-2008) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.1 ประเทศไต้หวันพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0

ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 85 จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p><u>ผู้กำกับตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรสาร :</p> <p>2. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918166 โทรสาร :</p> <p>3. นางสาวสายพิณ โชติวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918104 โทรสาร :</p> <p>อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : drwachira99@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ekachaipien@hotmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : saipin.chotivichien@gmail.com</p> <p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นางพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426 โทรสาร : 02-5904427</p> <p>2. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918104 โทรสาร : 02-5910557</p> <p>หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail: pimolphan.t@anamai.mail.go.th</p> <p>รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็ก แห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : teerboon@hotmail.com</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย 3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกิติมา พัวพัฒนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904405 โทรสาร :</p> <p>2. นางประภาพรณี จังพานิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904433 โทรสาร : 02-5904427</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : puapat@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 087-0771130 E-mail : paporn11@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>

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

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B2 / B1) \times 100$ 2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1 / B2) \times 100$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B3)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B4)$																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน																
เกณฑ์การประเมิน :																	
ปี 2561 :																	
<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 51</td> <td>ร้อยละ 52</td> <td>ร้อยละ 53</td> <td>ร้อยละ 54</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54	<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 51</td> <td>ร้อยละ 52</td> <td>ร้อยละ 53</td> <td>ร้อยละ 54</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54														
ปี 2562 :																	
<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 54</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 57</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57	<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 54</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 57</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57														
ปี 2563 :																	
<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 57</td> <td>ร้อยละ 58</td> <td>ร้อยละ 59</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60	<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 57</td> <td>ร้อยละ 58</td> <td>ร้อยละ 59</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60														
ปี 2564 :																	
<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 61</td> <td>ร้อยละ 62</td> <td>ร้อยละ 63</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63	<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 61</td> <td>ร้อยละ 62</td> <td>ร้อยละ 63</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63														
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.) มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย 																
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและ 																

	<p>เด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)</p> <p>5. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย</p> <p>6. infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง</p> <p>7. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง</p> <p>8. VTR มหัตศรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต</p>
--	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	46.3	ร้อยละ	46.3	47.4	49.5
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 109.3	เซนติเมตร	109.7	109.6	110
	หญิง=108.6	เซนติเมตร	109.1	108.9	109.4

*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

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

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100											
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากลยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80</td> <td>ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ปี 2560 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กกล้าช้า											

	ปี 2561 – 2563 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรม สุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้น ป.1 ทั่วประเทศ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการ ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการ ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการ ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย				
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - บทความพื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555 - รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ค่าเฉลี่ยของระดับ สติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	98.23
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-2488900 ต่อ 70902,70305 โทรสาร : 02-2488903 E-mail : ampornbenja@yahoo.com</p> <p>2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพบก นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 โทรศัทพ์มือถือ : 086-7889981 ต่อ70390 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพบก นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 โทรศัทพ์มือถือ : 086-7889981 ต่อ 70390 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>โทรสาร : 02-6402034</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- 1.จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้
 - 1.1 จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุโภชนาการในเด็กวัยเรียนและดำเนินการตามแผน
 - 1.2 จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาทุโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)
 - รณรงค์ตีมนมจืด ปีละ 2 ครั้ง วันเด็กแห่งชาติและวันตีมนมโลก
 - พัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ
 - กิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อส่งเสริมการบริโภคผัก นม ไข่ที่เป็นรูปธรรม
 - จัดมหกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุกเพื่อเด็กไทยสูงสมส่วนแข็งแรง IQ EQ ดี
 - 1.3 คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในระบบ service plan
 - 1.4 ผลักดันให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 3 แห่ง
 - 1.5 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุม คือ :
 - ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.
 - ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.

	<p>1.6 รวบรวมสรุปและสรุปผลการดำเนินงานของจังหวัดสงขลา ศูนย์อนามัยเขต ตามรายไตรมาส ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ - จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ดีมีนมจี๊ดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้น เล่นสนุก - จำนวนนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ดีมีนมจี๊ดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้น เล่นสนุก - รายงานจำนวนเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ สถานบริการสาธารณสุข <p>2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>2.1 รายงานงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p> <p>2.2 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุมภาวะโภชนาการและ เที่ยบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p>
--	---

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC 2. คู่มือผู้จัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 3. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 4. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 5. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 6. หนังสือเมนูผักกึ๊กน้อย 4 ภาค 7. แนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียน 8. สื่อสิ่งพิมพ์และวีดิทัศน์กิจกรรมทางกายสำหรับเด็กวัยเรียน
--------------------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

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

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

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

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 70	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 70	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 70	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 70	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า	ร้อยละ	79.9 (13 จังหวัด)	-	77.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-2488900 ต่อ70902, 70305 โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 โทรสาร : 02-2488903 E-mail: ampornbenja@yahoo.com 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพพ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

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

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

สำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ)

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2561 ดังนี้

5 เดือนแรก (ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ

ร้อยละ เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับบริการทันตกรรม

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

5 เดือนหลัง (มีนาคม 2561 – กรกฎาคม 2561) ผลงาน

ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

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

เอกสารสนับสนุน :

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

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

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	9. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี			
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 36 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการศึกษาข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดของผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับกับค่าสัดส่วนระหว่างข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพจากฐานทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมาและข้อมูลอัตราการคลอดในระบบ HDC ในปีที่ผ่านมา เพื่อให้ได้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (HDC adjusted) สำหรับใช้ในการรายงานผลงาน			
แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย 2.ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) คู่อข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)			
รายการข้อมูล 3	A2 : ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC			
รายการข้อมูล 4	B2 : อัตราการคลอด (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2561 X 4 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2561 X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2561 X 4/3			

	ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A1/B1) × 1,000 2. Adjusted = A2×B2				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2560–กุมภาพันธ์ 2561) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted) รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2561–กรกฎาคม 2561) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	40	40	40	40	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	38	38	38	38	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	36	36	36	36	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	34	34	34	34	
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC adjusted สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	1. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 2. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ (พ.ศ. 2560-2569) 3. มาตรฐานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น(ฉบับบูรณาการ) และแนวทางการประเมินตนเอง 4. คู่มือก้าวสู่อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ 5. คู่มือแนวทางการปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น 6. คู่มือแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7. คู่มือพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่น				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิง 15-19 ปี	อัตราต่อจำนวน	47.9	44.8	42.5

		ประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรสาร : 02-5904163 2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276 E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com	สำนักงานมัธยมศึกษา กรมอนามัย		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานมัธยมศึกษา กรมอนามัย ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163 2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167 โทรสาร : 02-5904163	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 Email : poppysunko.j@gmail.com	สำนักงานมัธยมศึกษา กรมอนามัย		

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

ปี 2562:

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

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 :

การตรวจราชการแต่ละจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDCกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

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. การเดินนี้ไซร์ 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 มี ค่าดัชนีมวล กายปกติ ร้อย ละ 54.08	ร้อยละ	54.75 (ปกก 7.8 ลค.)	52.54 (ปกก 5.7 ลค.)	54.08 (ปกก 10 ลค ๙ กย. 59) 51.44 (ปกก 10 ลค ๘ ตค.59)	51.80 (ปกก 6.7 ลค. ๙ 25 กย.60)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. แพทย์หญิงนภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904328 โทรศัพท์มือถือ : 081-4211411 โทรสาร : 02-5904339 E-mail : napavkul@gmail.com</p> <p>2. นายแพทย์อุดม อัครุตมางกูร ผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรศัพท์มือถือ : 081-3776623 โทรสาร : 02-5904587 E-mail : udom.a@anamai.mail.go.th</p> <p>3. นางวสุนธิ์ เสรีสุชาติ นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ : 084-9162564 โทรสาร : 02-5904339 E-mail : wsarnanasuwan1960@gmail.com</p> <p>4. นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904413 โทรศัพท์มือถือ : 086-3323600 โทรสาร : 02-5904584 E-mail : supitcha.w@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงาน กรมอนามัย (ผ่านระบบ KISS)</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904413 โทรศัพท์มือถือ : 086-3323600 โทรสาร : 02-5904584 E-mail : supitcha.w@anamai.mail.go.th</p> <p>กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ</p> <p>2. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591 โทรสาร : 02-5904339 E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>

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

- I : - ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- สนับสนุนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver)
 - จัดพิมพ์คู่มือการอบรมหลักสูตร CG
 - พัฒนาหลักสูตร CM
 - พัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
 - สร้าง พัฒนานวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
 - พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
 - จัดทำชุดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในรูปแบบ Application
 - การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผ่าน Application สูงวัยสมองดี
 - จัดทำชุดความรู้การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในสถานที่สาธารณะของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น ศาสนสถาน (วัด/มัสยิด) ในรูปแบบ media/Infographic
 - จัดทำเครื่องมือประเมินการจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบ Application
- R : - ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ
- ชี้แจงและขับเคลื่อนนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
 - ควบคุม กำกับ และติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน
- A : - ชำนาญด้านข้อมูลและงานวิจัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ
- สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ
- B : - พัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) /ระบบดูแลผู้สูงอายุ 3 S (Thai Active Aging: Strong Social and Security)/ สร้าง พัฒนาทีมผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อบรม Care manager, Caregiver และ อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช.
- ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ Health Literacy เพื่อเป็นสังคม Health Literated Society

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ได้รับการบริการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาวตามศักยภาพของผู้สูงอายุ เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์</p> <p>3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือ ระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p> <p>2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักงานผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p>								
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง /ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ</p> <p>3. สำนักงานผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ</p>								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1" data-bbox="260 1832 1422 1951"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60						

ปี 2562 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 50		ร้อยละ 55		ร้อยละ 60		ร้อยละ 70	
ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 60		ร้อยละ 65		ร้อยละ 70		ร้อยละ 80	
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 70		ร้อยละ 80		ร้อยละ 90		ร้อยละ 95	
วิธีการประเมินผล :		<ol style="list-style-type: none"> พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน ศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน 					
เอกสารสนับสนุน :		<ol style="list-style-type: none"> คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ คู่มือแนวทางการประเมิน ADL คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager / Caregiver กระทรวงสาธารณสุข 					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
				2557	2558	2559	2560
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ในชุมชนผ่านเกณฑ์		ร้อยละ		13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	27 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	74.5 (หมายเหตุ : เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)	81.2 (หมายเหตุ :เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 4,469 ตำบล)

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

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	12. Healthy Ageing (ด้านสุขภาพ)
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● Healthy Ageing หมายถึง “การเพิ่มโอกาสของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถที่มีส่วนร่วมในสังคม ช่วยเหลือตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” (Swedish institute of public health 2006: Healthy ageing – a challenge for Europe) ซึ่งประเมินด้วย 4 องค์ประกอบ (Indicators for healthy ageing – a debate, Int.J.Environ. Res. Public Health 2013.) ตามบริบทของสาธารณสุขไทย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. A comprehensive assessment of resources หมายความว่า การมีสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้จากการคัดกรอง/ประเมิน (ดำเนินการตามแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายुरายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน ด้วยแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557) ในประเด็น <ol style="list-style-type: none"> 1.1 คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง สุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา 1.2 คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการ ปัญหาการนอน 1.3 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) การประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว 2. Cognitive and functional capacities หมายความว่า สมรรถภาพสมองและการทำงานของร่างกาย 3. Diseases and complaints หมายความว่า โรคและความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญ ในผู้สูงอายุ ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วเกิดผลกระทบในวงกว้าง และเป็นภาระ (Burden) 4. Limitations and disability หมายความว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of daily living: ADL)

เกณฑ์เป้าหมาย : ดำเนินการตามข้อ 1 – 5 ตามเกณฑ์ และองค์ประกอบต่อไปนี้

ข้อ	องค์ประกอบ	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ ประเมินสุขภาพ (ดำเนินการ ครบทุกประเด็น และยอดคัดกรองสะสม)	ผู้สูงอายุที่ได้รับการ คัดกรอง/ ประเมินสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ผู้สูงอายุได้รับการ คัดกรอง/ประเมิน สุขภาพ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 และมีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุได้รับการ คัดกรอง/ประเมิน สุขภาพ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 และมีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุได้รับการ คัดกรอง/ประเมิน สุขภาพ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และมีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ
2	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ประเมินด้วย MMSE หลังจาก คัดกรอง AMT แล้วเสี่ยง)	มีสถานะผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง ภาวะสมองเสื่อม	มีสถานะผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง ภาวะสมองเสื่อม และเข้าสู่ระบบ การดูแล	มีสถานะผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง ภาวะสมองเสื่อม และเข้าสู่ระบบ การดูแล	มีสถานะผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง ภาวะสมองเสื่อม และเข้าสู่ระบบ การดูแล
3	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ความเสี่ยงภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย Time up and go test)	มีสถานะผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง ภาวะหกล้ม	มีสถานะผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง ภาวะหกล้ม และ เข้าสู่ระบบการ ดูแล	มีสถานะผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง ภาวะหกล้ม และ เข้าสู่ระบบการ ดูแล	มีสถานะผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง ภาวะหกล้ม และ เข้าสู่ระบบการ ดูแล
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ในการทำ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63
5	มีการดำเนินจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในสถานบริการ สุขภาพ (ระดับจังหวัด)	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ - รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย ร้อยละ 25	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย ร้อยละ 50	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ เพื่อมีข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ติดตามได้ แม่นยำ ถูกต้องตามหลักวิชาการ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ</p>				

	3. เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวัง คือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) ของประเทศในอนาคต								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	มีช่องทางการดำเนินการ ดังนี้ 1. บันทึกข้อมูลในระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data (กรมการแพทย์ ให้การสนับสนุน) 2. การจัดเก็บด้วยระบบ Manual (เก็บเป็นข้อมูลดิบด้วยกระดาษ) 3. อื่นๆ ตามศักยภาพและความจำเป็นของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการ								
แหล่งข้อมูล	จากการดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล 1-3 โดย 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. รพท. ศ/ รพช. 3. รพ.สต.								
รายการข้อมูล 1	A = ระดับความสำเร็จ/การดำเนินการตามเกณฑ์								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน : ดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย ข้อ 1 – 5 (ครบทุกข้อ)									
ปี 2561:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2562:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2563:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2564:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
วิธีการประเมินผล :	1. รพ.สต. รพช. รพท. และ สสจ. ใช้ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Aging Health data) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถตรวจสอบข้อมูลการคัดกรองและติดตามการดำเนินการได้ในภาพรวม (รายอำเภอ รายตำบล รายสถานพยาบาล) และหน่วยงานบริการ (รพศ/ท. รพ.ช และ รพ.สต.) ติดตามสถานะสุขภาพผู้สูงอายุรายคนได้โดยละเอียด ด้วยระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data ซึ่ง “ระบบคัด								

	<p>กรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data เป็นซอฟต์แวร์ที่ช่วยประมวล/แปลผล ค่าคะแนนดิบ/การตอบข้อคำถามของผู้สูงอายุ จากการดำเนินการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ” โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาขึ้น ภายใต้ลิขสิทธิ์ของกรมการแพทย์ (ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data มิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พื้นที่ศิษย์ส่งรายงานใดๆ ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ กรุณาสื่อสารวัตถุประสงค์โปรแกรมแก่บุคลากรในพื้นที่ให้ถูกต้องตามข้อเท็จจริงเพื่อประโยชน์ในการทำงานภาพรวมของบุคลากร ตลอดจนประโยชน์ของประชาชนเป็นหลักสำคัญ)</p> <p>2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต./ รพช. ศิษย์สรุปข้อมูลผลการคัดกรอง (ผู้ปฏิบัติจะต้องดำเนินการคัดกรองและแปลผลมาแล้ว จึงจะนำผลไปศิษย์ในระบบ 43 แฟ้ม) และปรากฏรายงานผลรวมไปยัง Health data center (HDC)ฯ</p>										
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data (http://aginghealthdata.dms.moph.go.th/geriatric/index.php) คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข แบบฟอร์มคัดกรอง Basic Geriatric Screening: BGS และ Geriatric Screening: GA คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ (เข้าชมและดาวน์โหลดได้ที่ http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/) 										
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ที่มา: ผลการตรวจราชการ พ.ศ. 2559)</p> <table border="1" data-bbox="523 1211 1520 1554"> <thead> <tr> <th>รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ</th> <th>ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง ADL</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)</th> <th>ร้อยละของผู้ สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรองโรคและ ปัญหาสำคัญ</th> <th>ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง Geriatric Syndromes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รวมทั้งประเทศ</td> <td>80.12</td> <td>6.55</td> <td>40.22</td> <td>26.87</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ด้วยการประเมิน MMSE) ร้อยละ 8.1 อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม ร้อยละ 25.7 ร้อยละ 88.6 ของผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรฯ) มีการนำร่องดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ใน 28 แห่งของ 12 เขตสุขภาพ <p>(ที่มา 2,4 : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557)</p>	รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้ สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรองโรคและ ปัญหาสำคัญ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง Geriatric Syndromes	รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87
รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้ สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรองโรคและ ปัญหาสำคัญ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง Geriatric Syndromes							
รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87							

	(ที่มา 3: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, การศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ, 2557)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-0248487 โทรสาร : 2. นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906255 โทรสาร :	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์มือถือ : 086-7760768 Email : drprapun@yahoo.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 087-0904560 Email : piyanut.igm@hotmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ 3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 2. สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-5918279	

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)								
แผนที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ								
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)								
ระดับการแสดงผล	กระทรวง								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ								
คำนิยาม	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป</p> <p>คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ 50 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80						

หมายเหตุ :

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

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

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

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
การแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.)	มีการประชุม จัดทำแผนการ ดำเนินการและคัดเลือก ประเด็นที่สำคัญตามบริบท ในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพชีวิตมาดำเนินการ พัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น	มีการดำเนินการ การบริหารจัดการ สร้างกลไก และพัฒนา คุณภาพชีวิตโดยการ บูรณาการ และมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน	มีการสรุปผลการ ดำเนินการทั้ง กระบวนการและ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดย กระบวนการชื่นชมและ เสริมพลัง ร้อยละ 50

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.
- มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง
- มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพพระดัตบอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)

เอกสารสนับสนุน :

- (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.
- คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพพระดัตบอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ	ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรสาร : 02-5901239	โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : yyt2508@gmail.com
	2. นพ.ธีรพงศ์ ตุนาค	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรสาร : 02-5901802	โทรศัพท์มือถือ : 090-1069466 E-mail : -

	3. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรสาร : 02-5901239	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : peed.pr@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 2. นางสมสินี เกษมศิลป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 3. นางเอื้อมพร จันทร์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรสาร : 02-5901239	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296454 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 E-mail : somnee@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-1316800 E-mail : dhb.moph@gmail.com

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

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 - 2564 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :

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

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

	5	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละ 85 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	-	-	80
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นางวัชรี แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 นางสาวบวรวรรณ ดิเรกโภาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 น.ส.ธัญชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wacharr@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999 E-mail : borworn67@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางวัชรี แก้วนอกเขา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร : 02-5901784	E-mail : wacharr@hotmail.com
2. น.ส.บวรวรรณ ดิเรกโภาค	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793	โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999	
โทรสาร : 02-5901784	E-mail : borworn67@gmail.com	
3. น.ส.ธัญชา 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	15. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก			
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ(SW) ทั้งหญิงและชาย กลุ่มผู้ขายยาเสพติด ด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <p>2. บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันโดย โดยกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้รับบริการ ทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจากการใช้ยา : Harm reduction (สำหรับPWID) 2) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่นสำหรับ MSM ,SW)และอุปกรณ์ฉีดยาที่ปลอดเชื้อ (สำหรับPWID) 3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี ,STIและการรักษาด้วยสารทดแมน/ เมธาโดน (สำหรับPWID) 4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดยมีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC(Unique Identifier Code) <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>ก. รูปแบบการให้บริการป้องกันเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media) (4) มารับบริการเอง หรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ</p> <p>ข. กรณีที่เข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นจะไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ1) ข้อ3) และข้อ 4) เท่านั้น</p> <p>ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและ ภาคประชาสังคม</p> <p>ง. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ หมายถึงรวมทุกแหล่งงบประมาณที่มีการดำเนินงาน ในพื้นที่</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 87	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94

วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด ว่าสามารถทำให้กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันเอชไอวี และ STI เชิงรุกได้ครอบคลุมอย่างน้อยเพียงใด		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง -กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) -สาวประเภทสอง (TG) -กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ซึ่งมีทั้งพนักงานบริการหญิง (FSW) และชาย (MSW) -กลุ่มผู้ขายเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูล เข้าสู่ระบบ RIHIS –RTCM online		
แหล่งข้อมูล	-ข้อมูลการได้รับบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM จากสำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค -ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค WWW.boe.moph.go.th/aids/		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มประชากรหลักแต่ละกลุ่มประชากร (MSM,TG ,SW,PWID) ที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีเชิงรุก รายจังหวัด		
รายการข้อมูล 2	B = คาดประมาณจำนวนประชากรของกลุ่มประชากรหลัก ของแต่ละกลุ่มประชากร รายจังหวัด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A/B) \times 100}{\text{จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันฯ เชิงรุก * รายจังหวัด}} \times 100$ $\frac{\text{จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก* ที่คาดประมาณ รายจังหวัด}}{\text{จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก* ที่คาดประมาณ รายจังหวัด}}$ <p>หมายเหตุ*</p> <p>1.จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก * หมายถึง ผลรวมจำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก ของทุกกลุ่มประชากรหลักรวมกัน (จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันฯเชิงรุก ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) +สาวประเภทสอง (TG) + กลุ่มพนักงานบริการ(SW)ทั้งหญิงและชาย + กลุ่มผู้ขายเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <p>2. จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก ที่คาดประมาณ รายจังหวัด ให้รวมจำนวนการคาดประมาณจากกลุ่มประชากรหลัก ทุกกลุ่ม (MSM,TG ,SW,PWID)</p>		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :	ปี 2561 :		
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
			ผลงานรอบ 12 เดือน
			ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 87

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ประเมิน จากผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการฯ ว่าบรรลุตามเป้าหมายตามเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละปีหรือไม่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตามผลการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด โดยให้แต่ละจังหวัด รายงานผลการดำเนินงานจำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จำแนกรายกลุ่มประชากรด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2561 ดังนี้

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

เอกสารสนับสนุน

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

หน่วยวัด	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละ		NA	41	42

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

- นพ. สมาน พุทธระกูล
โทรศัพท์ที่ทำงาน :
โทรสาร :
ผู้อำนวยการ
 - พญ. วลัยรัตน์ ไชยฟู
โทรศัพท์ที่ทำงาน :
โทรสาร :
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail :
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

	<p>1. นพ. ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : กรมควบคุมโรค</p> <p>ผู้ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. พญ.มณฑินี วสันตอุโปภาคาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 2. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903828 โทรสาร : 02-9659153 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 E-mail : itimpornt@yahoo.com</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	16. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี											
คำนิยาม	<p>ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 5 มาตรการ ได้แก่</p> <p>มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิภูล เพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ</p> <p>มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน หมายถึง มีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดเชื้อ</p> <p>มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล หมายถึง มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป</p> <p>มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา หมายถึง การผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคปลาดิบ</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และให้การรักษา 2. เพื่อให้ประชาชน และเยาวชนในพื้นที่เป้าหมายการดำเนินการได้รับความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3. เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี 											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ 29 จังหวัดเสี่ยงสูง 613 ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 8 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัด นครราชสีมา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ มุกดาหาร สกลนคร กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย แพร่ ลำพูน และ สระแก้ว (เขตสุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)</p> <p>2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ จำนวน 200,000 คน</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล Isan-cohort แหล่งข้อมูล</p> <p>1. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใช้ข้อมูลจากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย คือ สคร. 1, 6, 7, 8, 9, 10</p> <p>2. ฐานข้อมูล Isan-cohort คือ โปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ</p>								
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด								
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนตำบลจัดการสุขภาพที่ดำเนินงานครบ 5 มาตรการ								
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนตำบลเป้าหมาย (613 ตำบล)								
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์								
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชาชนเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ (200,000 ราย)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ = $(A2/B2) \times 100$</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2561 :</p> <p>ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <table border="1" data-bbox="193 1834 1497 2002"> <thead> <tr> <th data-bbox="193 1834 560 1895">รอบ 3 เดือน</th> <th data-bbox="560 1834 842 1895">รอบ 6 เดือน</th> <th data-bbox="842 1834 1166 1895">รอบ 9 เดือน</th> <th data-bbox="1166 1834 1497 1895">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="193 1895 560 2002">ร้อยละ 5 (ของ 613 ตำบล = 31 ตำบล)</td> <td data-bbox="560 1895 842 2002">ร้อยละ 30 (ของ 613 ตำบล = 184 ตำบล)</td> <td data-bbox="842 1895 1166 2002">ร้อยละ 55 (ของ 613 ตำบล = 338 ตำบล)</td> <td data-bbox="1166 1895 1497 2002">ร้อยละ 80 (ของ 613 ตำบล = 491 ตำบล)</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 5 (ของ 613 ตำบล = 31 ตำบล)	ร้อยละ 30 (ของ 613 ตำบล = 184 ตำบล)	ร้อยละ 55 (ของ 613 ตำบล = 338 ตำบล)	ร้อยละ 80 (ของ 613 ตำบล = 491 ตำบล)
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 5 (ของ 613 ตำบล = 31 ตำบล)	ร้อยละ 30 (ของ 613 ตำบล = 184 ตำบล)	ร้อยละ 55 (ของ 613 ตำบล = 338 ตำบล)	ร้อยละ 80 (ของ 613 ตำบล = 491 ตำบล)						

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5 (10,000 ราย)	ร้อยละ 40 (80,000 ราย)	ร้อยละ 50 (100,000 ราย)	ร้อยละ 100 (200,000 ราย)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

1. ความสำเร็จของการดำเนินงานตามค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด “ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ต้องมีการดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการ รายไตรมาสอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานตามมาตรการ	ไตรมาส			
	1	2	3	4
มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ	✓	✓	✓	✓
มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน	✓	✓	✓	✓
มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล	✓	✓	✓	✓
มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา	✓	✓	✓	✓
มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ	✓	✓	✓	✓

2. การวัดผลสำเร็จการดำเนินงานไตรมาสที่ 4 ต้องดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการและมีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

2.1 ตำบลมีการออกและบังคับใช้ข้อบังคับจัดการ สิ่งปฏิกูลลดการแพร่กระจายโรคในสิ่งแวดล้อม คน สัตว์รังโรคและมีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนทุกตำบลในพื้นที่ดำเนินการ

2.2 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโดยการตรวจอุจจาระและได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย (คัดกรองตำบลละ 905 รายในพื้นที่ดำเนินการใหม่ และติดตามตรวจผู้ติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ดำเนินการเดิม)

2.3 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ (เป้าหมาย 200,000 ราย)

	<p>2.4 ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัดผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>2.5 รมรงค์ สร้างกระแสปลูกปลาสุกและสนับสนุนผู้ประกอบการในการปลูกปลาปลอดพยาธิ เพื่อให้ผู้ประกอบการประกอบผลิตภัณฑ์ปลาปลอดพยาธิและบังคับใช้กฎหมายให้เป็นรูปธรรม การให้ความรู้/อบรมกับผู้ประกอบการ ทุกตำบลในพื้นที่ดำเนินการ</p>				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		วัด	2558	2559	2560
	ร้อยละของตำบลในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	-	-	84 ตำบล (76,000 ราย)	209 ตำบล (100,000 ราย)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903160 โทรศัพท์มือถือ : 081-5559216 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางอรนถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิโรคในถิ่นทุรกันดาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 081-8753568 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : oranard.w@gmail.com</p> <p>3. นายอัมภัส วิเศษโมรา กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 084-5147012 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : tao_ampas@hotmail.com</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 6, 7, 8, 9 และ 10				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางอรนถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิโรคในถิ่นทุรกันดาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 081-8753568 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : oranard.w@gmail.com</p>				

	<p>2. นายอัมภัส วิเศษโมรา</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 084-5147012</p> <p>โทรสาร : 02-5918436</p> <p>กรมควบคุมโรคกรมควบคุมโรค</p>	<p>กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ</p> <p>โรคหนองพยาธิ</p> <p>E-mail : tao_ampas@hotmail.com</p>
--	--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	17. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี			
คำนิยาม	<p>เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี</p> <p>การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ</p> <p>พื้นที่เสี่ยงมาก (พื้นที่สีแดง): พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนมากกว่าหรือเท่ากับ 7.5 หรือจำนวนคนเสียชีวิตตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป (จำนวน 30 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย นครสวรรค์ พิจิตร พระนครศรีอยุธยา สระบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรี ราชบุรี ระยอง สระแก้ว ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด เลย หนองบัวลำภู อุตรธานี หนองคาย สกลนคร สุรินทร์ นครราชสีมา ชัยภูมิ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี ชุมพร สตูล ปัตตานี กรุงเทพมหานคร)</p> <p>พื้นที่เสี่ยงปานกลาง (พื้นที่สีเหลือง): พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนเท่ากับ 5 - 7.4 (จำนวน 21 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง พิชณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก อุทัยธานี กำแพงเพชร สิงห์บุรี ลพบุรี นครนายก สมุทรสงคราม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร นครปฐม ชลบุรี จันทบุรี มหาสารคาม นครพนม ศรีสะเกษ ระนอง สงขลา นราธิวาส)</p> <p>พื้นที่เสี่ยงน้อย (พื้นที่สีเขียว): พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนน้อยกว่า 5 (จำนวน 26 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน น่าน เชียงใหม่ แพร่ พะเยา แม่ฮ่องสอน เชียงราย อุตรดิตถ์ ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง ประจวบคีรีขันธ์ ตราด สมุทรปราการ บึงกาฬ บุรีรัมย์ มุกดาหาร ยโสธร กระบี่ ภูเก็ต นครศรีธรรมราช พังงา ยะลา ตรัง พัทลุง</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน			
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	≤ 4.5	≤ 4.0	≤ 3.5	≤ 3.0
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			

แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 135 คน	≤ 270 คน	≤ 405 คน	≤ 540 คน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 120 คน	≤ 240 คน	≤ 360 คน	≤ 480 คน

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 105 คน	≤ 210 คน	≤ 315 คน	≤ 420 คน

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 90 คน	≤ 180 คน	≤ 270 คน	≤ 360 คน

เกณฑ์การประเมิน : เป้าหมายระดับจังหวัด

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน*	รอบ 12 เดือน*
ร้อยละ 100 ของเด็กที่จมน้ำทุกราย ได้รับการสอบสวน	ร้อยละ 25 ของจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ที่มีการใช้คอกกั้นเด็ก (Playpen)	จำนวนทีมผู้ก่อการดีในแต่ละจังหวัด ตามค่าเป้าหมายที่กำหนด	จำนวนการเสียชีวิตลดลงตามค่าเป้าหมายที่กำหนด

หมายเหตุ: *รายละเอียดค่าเป้าหมายรายจังหวัดสามารถ download ได้ที่ www.thaincd.com

เป้าการสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ทีม

ใหม่:

- พื้นที่สีแดงและสีเหลือง มีจำนวนทีมอย่างน้อย ร้อยละ 70 ของจำนวนอำเภอ
- พื้นที่สีเขียว มีจำนวนทีมอย่างน้อย ร้อยละ 30 ของจำนวนอำเภอ

เป้าลดจำนวนการเสียชีวิตรายจังหวัด:

- พื้นที่สีแดง ลดลงร้อยละ 25 ต่อปี
- พื้นที่สีเหลือง ลดลงร้อยละ 20 ต่อปี
- พื้นที่สีเขียว ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี

วิธีการประเมินผล :	ส่วนกลาง ให้คะแนนโดยดูจากอัตราตายจากการจมน้ำในปี พ.ศ. 2561 ดังนี้					
	คะแนน	1	2	3	4	5
	อัตรา	>5.1 - 5.3	>4.9 - 5.1	>4.7 - 4.9	>4.5 - 4.7	≤4.5
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานการณ์การป้องกันเด็กจมน้ำ 2. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน 3. สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเด็กจมน้ำ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ (www.thaincd.com) 					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.			
			2558	2559	2560	
	5.9	อัตราต่อประชากรเด็กแสนคน	6.1	5.9	รอข้อมูล	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวชดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail : jew_suchada@hotmail.com 2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519 โทรสาร : E-mail : som_atat@yahoo.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวชดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail: jew_suchada@hotmail.com 2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519 โทรสาร : E-mail: som_atat@yahoo.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน											
คำนิยาม	<p>การบาดเจ็บทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากการบาดเจ็บจากรถทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ</p> <p>ลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือนหรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดว่าจะเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหการบาดเจ็บทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เนื่องจากข้อมูล 3 ฐานยังไม่นิ่ง จึงขอปรับมาใช้ข้อมูลจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยขอตั้งเป้าหมาย 5 ปี ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="359 1552 1350 1724"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากการบาดเจ็บทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											

แหล่งข้อมูล	จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมจากข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบ (verify) กับหนังสือรับรองการตาย ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V01-V89) หมายเหตุ : ปี 2561 เดือนตุลาคม 60 – กันยายน 61																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ (อัตราต่อประชากรแสนคน)																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																
เกณฑ์การประเมิน :																	
ปี 2561 : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนไม่เกิน 2,735 คน</td> <td>จำนวนไม่เกิน 5,696 คน</td> <td>จำนวนไม่เกิน 8,459 คน</td> <td>ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร</td> </tr> </tbody> </table> <p>การติดตามการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>รอบ 5 เดือน</th> <th>รอบ 10 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน</td> <td>ไม่เกิน 4 ต่อแสนประชากร</td> <td>ไม่เกิน 14.5 ต่อแสนประชากร</td> <td>ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	จำนวนไม่เกิน 2,735 คน	จำนวนไม่เกิน 5,696 คน	จำนวนไม่เกิน 8,459 คน	ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร	ตัวชี้วัด	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 4 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 14.5 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
จำนวนไม่เกิน 2,735 คน	จำนวนไม่เกิน 5,696 คน	จำนวนไม่เกิน 8,459 คน	ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร														
ตัวชี้วัด	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน														
อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 4 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 14.5 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร														
ปี 2562 :																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ไม่เกิน 14 ต่อ แสนประชากร</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 14 ต่อ แสนประชากร								
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	ไม่เกิน 14 ต่อ แสนประชากร														
ปี 2563 :																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ไม่เกิน 12 ต่อ แสนประชากร</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 12 ต่อ แสนประชากร								
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	ไม่เกิน 12 ต่อ แสนประชากร														
ปี 2564 :																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ไม่เกิน 11 ต่อ แสนประชากร</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 11 ต่อ แสนประชากร								
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	ไม่เกิน 11 ต่อ แสนประชากร														
วิธีการประเมินผล :	คำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูลเฉลี่ยปี 2553-2555																

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

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)													
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ													
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ													
ระดับการแสดงผล	จังหวัด													
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน													
คำนิยาม	<p>1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>1.1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl หรือค่าระดับ RPG 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ</p> <p>1.2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>2.1 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ในปีงบประมาณ</p> <p>2.2 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม.หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว</p>													
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เบาหวาน</th> <th>ความดันโลหิตสูง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.28</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	2561	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10	2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20	2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30
ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง												
2561	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10												
2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20												
2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30												

	2564	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 2. เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง(โดยการคัดกรอง) 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา 2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = $(A/B) \times 100$ 2. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = $(C/D) \times 100$ 			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับ	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อ	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและ	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40

	คำแนะนำเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ≥ร้อยละ 30	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ≥ร้อยละ 80	ได้รับคำแนะนำเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ≥ร้อยละ 90	
HT	มีการเตรียมความพร้อม และแผนงานในการ ดำเนินงานสำหรับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน	อัตราประชากรกลุ่ม สงสัยป่วยความดันโลหิต สูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 5	อัตราประชากรกลุ่ม สงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 8	อัตราประชากรกลุ่มสงสัย ป่วยความดันโลหิตสูง ใน เขตรับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 10

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่ เกินร้อยละ 2.40
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มสงสัย ป่วยความดันโลหิตสูง ใน เขตรับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 20

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานราย ใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่ม สงสัยป่วยความดันโลหิต สูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ 30

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40

หมายเหตุ : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

1. งดสูบบุหรี่ และดื่มวันบุหรี่ อย่างน้อย 6 เดือน

2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ m^2 ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปี ด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)

3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 6 เดือน

4. สถานบริการมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 วิธี

* วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ

วิธีการประเมินผล : ติดตามจากระบบรายงานใน HDC

เอกสารสนับสนุน : -

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	อัตรา	2.09	2.40	2.07 รอบ 9 เดือน (ข้อมูล HDC ณ 30 มิ.ย.60)
อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตรา	อัตรา	-	-	-

ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>2. แพทย์หญิงสุนนี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445 E-mail : dr.tum@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-5155911 E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. แพทย์หญิงสุนนี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>2. นางเมตตา คำพิบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903963</p> <p>3. นางสาวอิสติน่า อุสนุน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : mettakum@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : isteena_143@hotmail.com</p>

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561

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

	กลไก คณะอนุกรรมการ คຸ້ມครองผู้บริโภคนด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต		<ul style="list-style-type: none"> วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 	
--	--	--	--	--

ปี 2562

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

	<p>ดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<p>บริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p>	<p>บริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 	<p>ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
--	---	---	--	---

ปี 2563

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

	<p>น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต 	<p>ดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย ระดับจังหวัดใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 	<p>กลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
--	--	--	---	--

ปี 2564

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

	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต 	<p>ผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต 	<p>ดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย ระดับจังหวัดใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 	<p>บริการสุขภาพผ่านไกลโคณะ</p> <p>อนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
--	--	--	---	--

วิธีการประเมินผล : การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

เอกสารสนับสนุน : เอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 1-2

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560*	
	1. อาหารสด			-	-	-
	1.1 ผักผลไม้สด	ร้อยละ				
	2. อาหารแปรรูป					
	2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.26	91.11	92.64	

หมายเหตุ: * ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2560

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. นายชาติชาย ตั้งทรงสุวรรณ (ประเด็นการดำเนินการทางกฎหมาย) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907216 โทรศัพท์มือถือ : 081-1746236 โทรสาร : 02-5918462 E-mail : chaitang@fda.moph.go.th</p> <p>2. นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ (ประเด็นผักและผลไม้สด) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907406 โทรศัพท์มือถือ : 084-1192288</p>
--	--

	<p>โทรสาร : 02-5918460 E-mail : lawdreamt@gmail.com</p> <p>3. นางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ (ประเด็นนมโรงเรียน)</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907218 โทรศัพท์มือถือ : 081-0557988</p> <p>โทรสาร : 02-5918460 E-mail : fda.schoolmilk@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นางสาวกนกเนตร รัตนจันท</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381</p> <p>โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725</p> <p>โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381</p> <p>โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725</p> <p>โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	21. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับอนุญาต และที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>การตรวจสอบ หมายถึง การสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ หรือชุดทดสอบเบื้องต้นตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกฉิน หรือ วิเคราะห์ซ้ำ</p> <p>หมายเหตุ : การรายงานผลการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แยกผลการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการและผลการทดสอบเบื้องต้นโดยชุดทดสอบเบื้องต้นให้ชัดเจนตามรูปแบบที่กำหนด</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	96	97	98	99
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทั่วประเทศ จำแนกเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดำเนินการโดยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำเข้าในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานทุกไตรมาส			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบโดยชุดทดสอบเบื้องต้นที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลจากชุดทดสอบเบื้องต้นทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+C)/(B+D)) \times 100$			

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)				
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด					
ปี 2561 - 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
1. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ					
1 มีแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้ง ส่วนกลาง (อย.) และส่วนภูมิภาค (จังหวัด)	1. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 6 เดือน	1. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 9 เดือน	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ		
2. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ					
1.. มีแผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 2. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงจัดทำข้อเสนอในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ		
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่รวมส่วนภูมิภาค)	ร้อยละ	94.94	95.22	95.56
- ยา		99.71	99.96	99.91	
- อาหาร		94.01	94.43	92.14	
- เครื่องสำอาง		97.67	96.55	98.56	

	- เครื่องมือแพทย์ - วัตถุอันตราย - วัตถุเสพติด		94.04 97.40 92.26	91.19 90.24 96.43	96.52 92.86 98.80
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมพร ขจรวุฒิเดช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907280 โทรสาร : 02-5907280 กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ 2. น.ส.บุญณดา หิริญเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907343 โทรสาร : 02-5907772 กองควบคุมวัตถุเสพติด 3. น.ส. แหววตา ประพัทธ์ศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907273 โทรสาร : 02-5918468 กลุ่มควบคุมเครื่องสำอาง สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย 4. นางอรชуда ฐูปถมพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907385 โทรสาร : 02-5918483 กลุ่มควบคุมวัตถุอันตราย สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย 5. นางอัจฉิมา สถาพรเจริญยั้ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907358 โทรสาร : 02-5918477 6. นายวรารุช เสริมสินสิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรสาร : 02-5907341 สำนักยา 7. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรสาร : 02-5918460 สำนักอาหาร	เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-6378201 E-mail : spkj555@fda.moph.go.th เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-4555452 E-mail : mooparn@fda.moph.go.th เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4852605 E-mail : veawta@fda.moph.go.th เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-7712605 E-mail : artp@fda.moph.go.th เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-6037214 E-mail : udjima_sa@fda.moph.go.th เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7961437 E-mail : varavoot@hotmail.com นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 E-mail : planning.food@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<u>ส่วนภูมิภาค</u> 1. นายอาทิตย์ พันเดช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907383 โทรสาร : 02-5918484 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-7956951 E-mail : artypun@gmail.com
	กองส่งเสริมงานคุ้มครองฯ (คบ) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา <u>ส่วนกลาง</u> 1. น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรสาร : 02-5918457 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th
กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ	

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
โครงการที่	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ		
ระดับการแสดงผล	เขต		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	22. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด		
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง คลินิกเอกชน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานพยาบาลเอกชน) หมายถึง คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) ได้รับการตรวจเอกสารหลักฐาน และตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาล เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และระยะเวลาของกระบวนการขออนุญาต เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจการสปา อันได้แก่ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือการอาบน้ำ นวดหรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ - กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ยกเว้นการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลเอกชน/หน่วยงานสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และการนวด/การอบตัวที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ - กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ) หมายถึง กระบวนการที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจประเมินจากผู้อนุญาตหรือคณะที่ผู้อนุญาตแต่งตั้งมีมติว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานด้านสถานที่ มาตรฐานด้านความปลอดภัยและมาตรฐานด้านการให้บริการ</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ปีงบประมาณ 64		
	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์
			สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์

	มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100	มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100	มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100	มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 70	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 75	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐานและประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<u>สถานพยาบาลเอกชน</u> ทุกเดือน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บันทึกข้อมูลรายงานผลตัวชี้วัดผ่านทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งทางสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะจะส่ง Link ของแบบการรายงานผลตัวชี้วัดฯที่ Line สารวัตรออนไลน์ ทุกสิ้นเดือน โดยทางสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 ดำเนินการติดตาม การรายงานผลฯจากสสจ.ในภาพเขตและแจ้งผลตัวชี้วัดฯให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะทราบ เพื่อจัดทำเป็นรายงานผลการดำเนินงานทั่วประเทศ โดยส่งภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน <u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u> แบบรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานผ่าน www.thaispa.go.th			
แหล่งข้อมูล	<u>สถานพยาบาลเอกชน</u> สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ข้อมูลทั่วประเทศ) และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับเขต) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ข้อมูลระดับจังหวัด) <u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u> <ul style="list-style-type: none"> - กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 – 12 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคลินิกเอกชนรายใหม่ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนคลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอตั้งใหม่ทั้งหมด			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 และได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(A/C) \times 100$ 2. ร้อยละของสถานประกอบเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(B/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : 1. สถานพยาบาลเอกชน : ทุกเดือน 2. สถานประกอบเพื่อสุขภาพ : ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 50	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 55	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 55	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 75

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 75	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

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	-	-	-
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ	-	-	87.30
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>สถานพยาบาลเอกชน</p> <p>1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410 โทรสาร : 02-1495631 E-mail : akom_p@hotmail.com</p> <p>2. นางพรพิศ กาลนาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415 โทรสาร : 02-1495631 E-mail : kanlanan@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวกอกุล ไสสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415 โทรสาร : 02-1495631 E-mail : mrdit@hotmail.com</p> <p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรสาร : E-mail: porntep.taro@gmail.com</p> <p>2. นายชิติพัทธ์ ศรีงามเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรสาร : E-mail : chitipat@gmail.com</p> <p>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>สถานพยาบาลเอกชน</p> <p>กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 E-mail : fkpi@hss.mail.go.th</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <p>กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p><u>สถานพยาบาลเอกชน</u></p> <p>1. นางสาวประนอมณัฐา วิไลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18407 โทรศัพท์มือถือ : 081-7319764 โทรสาร : 02-1495631 E-mail: mew5555@hotmail.com</p> <p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>2. ผู้รับผิดชอบการรายงานตัวชีวิตในระดับเขต ของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 1 – 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : 097-0986355 โทรสาร : E-mail: porntep.taro@gmail.com</p> <p>2. นายชิติพัทธ์ ศรีงามเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : chitipat@gmail.com</p>
--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																						
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																						
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด																						
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																						
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">ระดับพื้นฐาน</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</th> </tr> <tr> <td colspan="2">1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <th colspan="2">ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</th> </tr> <tr> <td>G: GARBAGE</td> <td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอย อื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</td> </tr> <tr> <td>R: RESTROOM</td> <td>4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก</td> </tr> <tr> <td>E: ENERGY</td> <td>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตาม มาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td> </tr> <tr> <td>E: ENVIRONMENT</td> <td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td> </tr> <tr> <td>N: NUTRITION</td> <td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน</td> </tr> </table>	ระดับพื้นฐาน		ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN		G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545		3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอย อื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตาม มาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ		7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน
ระดับพื้นฐาน																							
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา																							
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร																							
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN																							
G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545																						
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอย อื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ																						
R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก																						
E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตาม มาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																						
E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ																						
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ																						
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน																						

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

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
- ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	- ร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

หมายเหตุ ค่าเป้าหมาย 1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100
2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50
3.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 20
4.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบประเมินและรวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานประจำปี

	<p>งบประมาณ พ.ศ.2561 ตามที่กรมอนามัยกำหนด) เดือนละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน)</p> <p>3. ศูนย์อนามัยสู่ประเมินและรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และส่งรายงานรายเดือน ให้กรมอนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ที่กรมอนามัยกำหนด) ผ่านระบบรายงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติการ (DOC) กรมอนามัย ตามรอบการประเมิน 2. ระบบศูนย์ข้อมูล cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม เดือนละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</p> <p>A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี</p> <p>A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p>
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากในเขต
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป $= ((A1+A2+A3)/B) \times 100$ 2. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป $= ((A2+A3)/B) \times 100$ 3. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก $= (A3/B) \times 100$ 4. ร้อยละของจำนวนจังหวัดในเขตที่มีโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก $= (C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละ 1 ครั้ง

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

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

	3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. แผ่นพับและโปสเตอร์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ www. http://env.anamai.moph.go.th				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ไม่ได้รับการประเมิน	ร้อยละ	-	-	0.63
	ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	7.30
	ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	-	-	51.62
	ระดับดี	ร้อยละ	-	-	29.93
	ระดับมาก	ร้อยละ	-	-	10.53
ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	-	92.08	
หมายเหตุ: เกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital เริ่มใช้ในปี 2560 เป็นปีแรก					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>ผู้กำกับตัวชี้วัด</u>				
	1. นายแพทย์วิชระ เพ็งจันทร์		อธิบดีกรมอนามัย		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4049		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร :		E-mail: drwachira99@gmail.com		
	2. นางสาวสิริวรรณ จันทนจุลกะ		ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4254		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร :		E-mail: siriwan.c@anamai.mail.go		
	<u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u>				
	1. นางปรียานุช บุรณะภักดี		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 02-5904255		E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th		
	2. นายประโชติ กราบกราน		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 02-5904128		E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th		
	<u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u>				
	1. นางสาวมลฤดี ตรีวัย		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 02-5904255		E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th		

	<p>2. นางพรสุดา ศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางณิรนุช อภาจารัส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>2. นางพรสุดา ศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>3. นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : a.neeranuch@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม											
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน											
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) 3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย 4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) 5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) 6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 90 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</td> <td>ร้อยละ 50 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 90 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 50 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 90 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 50 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานและส่งให้ศูนย์อนามัย เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้กรมอนามัย ตามแบบฟอร์มการรายงาน พร้อมสำเนาแบบฟอร์มการรายงานรายจังหวัด เป็นรายไตรมาส 3. หน่วยงานส่วนกลาง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส 											

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 75 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 90 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 30 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> (ประเมินโดยศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อ	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง

ลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	สิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (จังหวัดประเมินตนเอง)	จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)									
วิธีการประเมินผล :	<p>1. การประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด)</p> <p>2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด)</p> <p>3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภาพรวมของประเทศ</p> <p>เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561</p> <table border="1" data-bbox="478 880 1465 1984"> <thead> <tr> <th data-bbox="478 880 813 936">ระดับพื้นฐาน</th> <th data-bbox="821 880 1157 936">ระดับดี</th> <th data-bbox="1165 880 1465 936">ระดับดีมาก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" data-bbox="478 947 1465 1048" style="text-align: center;">1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="478 1059 813 1984">1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่อง</td> <td data-bbox="821 1059 1157 1984">1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 7 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความ</td> <td data-bbox="1165 1059 1465 1984">1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายสำคัญ และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการ</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก	1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ			1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่อง	1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 7 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความ	1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายสำคัญ และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการ
ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก										
1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ												
1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่อง	1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 7 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความ	1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายสำคัญ และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการ										

	<p>ความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่อย่างน้อย 2 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>	<p>น่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 3 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>	<p>แก้ไขปัญหารวมทั้ง มีการจัดการเรื่องความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>
<p><i>หมายเหตุ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) และพื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ (จำนวน 27 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 53 จังหวัด</i></p>			
<p align="center">2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)</p>			
	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ</p>

	<p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/ แผนการดำเนินงานของ คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลใน ประเด็นด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของพื้นที่หรือการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่ การประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและ มีการติดตามการดำเนินการ ตามมติของคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการ ประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัดและส่ง รายงานมายัง คณะอนุกรรมการบริหาร และขับเคลื่อนการปฏิบัติ ตามกฎหมาย ว่าด้วยการ สาธารณสุข</p>	<p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/ แผนการดำเนินงานของ คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลใน ประเด็น ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของพื้นที่หรือการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่ การประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและ มีการติดตามการดำเนินการ ตามมติของคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการ ประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัดและ ส่งรายงานมายัง คณะอนุกรรมการบริหารและ ขับเคลื่อนการปฏิบัติตาม กฎหมาย ว่าด้วยการ สาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบใน การขับเคลื่อนงาน คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัดเช่น การแต่งตั้ง</p>	<p>คณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/ แผนการดำเนินงานของ คณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูล ในประเด็นด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของพื้นที่หรือ การส่งเสริมและสนับสนุน ให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ ท้องถิ่นเข้าสู่การประชุม คณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุม และมีการติดตามการ ดำเนินการตามมติ ของคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงาน การประชุม คณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัดและ ส่งรายงานมายัง คณะอนุกรรมการบริหาร และขับเคลื่อนการปฏิบัติ</p>
--	---	---	--

		<p>คณะกรรมการ, การแต่งตั้งคณะกรรมการโดยมีประชาชนมีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะกรรมการระหว่างจังหวัดเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p>	<p>ตามกฎหมาย ว่าด้วยการสาธารณสุข 2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการ, การแต่งตั้งคณะกรรมการโดยมีประชาชนมีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะกรรมการระหว่างจังหวัดเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น 2.8 มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปีของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมาย ว่าด้วยการสาธารณสุข</p>
<p>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย</p>			
	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p>

	<p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>	<p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน</p>	<p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p>
4.มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)			
	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และมีการ</u> ถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้</u></p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และมีการ</u> ถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</u></p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และมีการ</u></u></p>

	<p>หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)</p>	<p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)</p> <p>4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)</p>	<p>การถ่ายทอดสื่อสารนโยบาย</p> <p>ให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)</p> <p>4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)</p> <p>4.5 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วน</p>
--	---	---	---

			ท้องถิ่น (EHA) ระดับเกียรติบัตร อย่าง น้อย 1 แห่ง และเป็นต้นแบบการ จัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม
หมายเหตุ : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา			
5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน			
5.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน ระยะยาว	5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
5.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
			5.3 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน
6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม			
มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพ จากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 50 คะแนนขึ้นไป ซึ่งดำเนินการอย่างน้อยได้แก่	มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 70 คะแนนขึ้นไป ซึ่งดำเนินการอย่างน้อยได้แก่	มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพ จากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 90 คะแนนขึ้นไป ซึ่ง	

	<p>6.1 มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเก็บ/คัดแยกขยะหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใด</p> <p>6.2 มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือมีการเก็บข้อมูล (เชิงรุก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใดและมีการสื่อสารข้อมูล</p> <p>6.3 มีการนิเทศ หรือร่วมประเมินผลการจัดบริการอาชีพอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามแผน</p>	<p>6.1 มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและข้อมูลผู้ประกอบการอาชีพเก็บ/คัดแยกขยะหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใด</p> <p>6.2 มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือมีการเก็บข้อมูล (เชิงรุก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใด</p> <p>6.3 มีการนิเทศ หรือร่วมประเมินผลการจัดบริการอาชีพอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามแผน</p> <p>6.4 มีแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ในจังหวัด และมีการเตรียมความพร้อมด้านคนและอุปกรณ์</p> <p>6.5 มีแผนงาน/โครงการ เพื่อการสื่อสารความเสี่ยง/ให้ความรู้ด้านอาชีพอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม</p>	<p>ดำเนินการอย่างน้อยได้แก่</p> <p>6.1 มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเก็บ/คัดแยกขยะหรือผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ</p> <p>6.2 มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมและมีการเก็บข้อมูล(เชิงรุก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือผู้ประกอบการอาชีพ</p> <p>6.3 มีการนิเทศ หรือร่วมประเมินผลการจัดบริการอาชีพอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามแผน</p> <p>6.4 มีแผนฯ และมีการฝึกซ้อมตามแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ในจังหวัด และเก็บ/สรุปการฝึกซ้อมฯ</p> <p>6.5 มีแผนงาน/โครงการ และมีการสื่อสารความเสี่ยง/ให้ความรู้ด้านอาชีพอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม</p>
--	--	---	--

		หมายเหตุ : หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง รพศ./รพท., รพช., รพ.สต.			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 3. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุข และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 4. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 5. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) 7. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน 8. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่ 9. แนวทางการดำเนินงานการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 10. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล 11. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 12. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13. คู่มืออบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ 14. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล 15. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital 16. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	ร้อยละ	-	-	60.53 (46 จังหวัด) ณ 25 กย.60

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

ประเด็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

- นางสาวพาสณา ชมกลิ่น นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5904356 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th

กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

ประเด็นการสนับสนุนการดำเนินงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)

- นางสาวชญาณิ ศรีวรรณ นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail : chayanee.s@anamai.mail.go.th

ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย

**ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ให้ถูกต้องตามกฎหมาย**

- นางสาวปานิสรา ศรีดิโรมนต์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : 091-8814733
โทรสาร : 02-5904200 E-mail : panisa.s@anamai.mail.go.th

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

ประเด็นการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)

- นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904177 โทรศัพท์มือถือ : 080-4346888
โทรสาร : 02-5904186,88 E-mail : chailert.k@anamai.mail.go.th

สำนักสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย

**ประเด็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัย
สิ่งแวดล้อม (Active Communities)**

- นางปรียานุช บุรณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

ประเด็นมีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม

- นางสุทธิดา อุทะพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904393 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail : env_med@googlegroups.com
- นางสาวณรรวดี ชินราช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail : cnaravadee@gmail.com

	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กรมอนามัย (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กองประเมินผล กระทบต่อสุขภาพ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข)
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวพาสณา ชมกลิ่น นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904356 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
ระดับการแสดงผล	เขต และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	25. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)											
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัว</p> <p>คลินิกหมอครอบครัว ต้องผ่านเกณฑ์ 3S ประกอบด้วย</p> <p>Staff - แพทย์ศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน <p>System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ - ข้อมูลสถานะ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล <p>Structure - ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในหรือนอกสถานบริการ</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 26 (845 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 36 (1,170 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 44 (1,430 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 54 (1,755 ทีม)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 26 (845 ทีม)	ร้อยละ 36 (1,170 ทีม)	ร้อยละ 44 (1,430 ทีม)	ร้อยละ 54 (1,755 ทีม)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 26 (845 ทีม)	ร้อยละ 36 (1,170 ทีม)	ร้อยละ 44 (1,430 ทีม)	ร้อยละ 54 (1,755 ทีม)									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน											

แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการ การแพทย์ปฐมภูมิ (ยอดสะสมที่ผ่านเกณฑ์ 3S)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย 845 ทีม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 : คลินิกหมอครอบครัวที่จัดตั้งต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน 3S ในรอบ 12 เดือน					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	20%	30%	70%	90%	
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 :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	-	-	-	ตั้งเป้าไว้ 48 ทีม และทำได้ตามเป้าแล้วคิดเป็น 1.48 %	เปิดดำเนินการได้ 596 ทีม คิดเป็น 18.34%
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.ดวงดาว ศรียากุล รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901937 โทรศัพท์มือถือ : 081-5332724 โทรสาร : 02-5901937 E-mail : duangdao170@gmail.com สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 3 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901484 โทรศัพท์มือถือ : 089-8561767 โทรสาร : E-mail : boonchai65@gmail.com</p> <p>กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. พญ.ดวงดาว ศรียากุล นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901937 โทรศัพท์มือถือ : 081-5332724 โทรสาร : 02-5901937 E-mail : duangdao170@gmail.com</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. นางจรรุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-7333082 โทรสาร : 02-5901939 E-mail : jchanphet@gmail.com</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

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

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	1. $(A/B) \times 100$				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	2. $(C/D) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 – 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
เบาหวาน	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ 40%	
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ 50%	
วิธีการประเมินผล :	1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2557 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 3. แนวทางการรักษาการรักษารักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558 4. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	25.24	28.82	20.21 รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	22.82	27.00	32.45 รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)	
หมายเหตุ : ข้อมูล จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข					

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

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

	<p>(CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</p>
แหล่งข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

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

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงการตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- 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 = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (I60-I69)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)																		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																		
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล																		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)																		
คำนิยาม	<p>29.1 RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU1 และ RDU2</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย - RDU 2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย <p>ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มี 3 ระดับ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="477 1050 1474 1615"> <thead> <tr> <th>RDU 1 (รพ.)</th> <th>RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td> </tr> <tr> <td>2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ▪ RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="477 1671 1474 2004"> <thead> <tr> <th>RDU 1</th> <th>RDU 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1</td> <td>1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ</td> </tr> <tr> <td>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 	RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)	1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3		3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ		4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3		5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3		RDU 1	RDU 2	1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1	1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ	2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด	
RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)																		
1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค																		
2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3																			
3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ																			
4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3																			
5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3																			
RDU 1	RDU 2																		
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1	1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ																		
2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด																			

	<p>อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด</p> <p>3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>	<p>ทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>				
<p>■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="466 712 1114 770">RDU 1</th> <th data-bbox="1114 712 1495 770">RDU 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="466 770 1114 1218"> <p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</p> </td> <td data-bbox="1114 770 1495 1218"> <p>1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> </td> </tr> </tbody> </table>			RDU 1	RDU 2	<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</p>	<p>1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>
RDU 1	RDU 2					
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</p>	<p>1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>					
<p>29.2 AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ ดังนี้</p>						
<p>กิจกรรม AMR</p> <p>1 กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR</p> <p>โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เภสัชกร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และ</p>						

	<p>แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ</p> <p>2.การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>2.1 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>2.2 โรงพยาบาลจัดทำ (1) ระบบ Lab Alert กรณีพบเชื้อดื้อยาที่สำคัญของโรงพยาบาล (2) รายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella spp.</i>, <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> (ข้อมูลปีปฏิทิน 1 ม.ค. – 31 ธ.ค. ของทุกปี) และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3.การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาด้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid</p> <p>4.การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง และ (3) รายการเชื้อก่อโรค และความไวของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่งที่เป็นปัญหาสำคัญ ปีละ 1 ครั้ง และส่งข้อมูลในข้อ (1)- (3) มายังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค</p> <p>5. การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ เชื่อมโยงสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการดำเนินงาน</p> <p>โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>
--	---

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

AMR: ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาลมีระบบการ จัดการ AMR อย่างบูรณาการ			การติดเชื้อ AMR ลดลง 50 %	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายระดับอำเภอ AMR : โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน (A1 = RDU ชั้นที่ 1 และ A2 = RDU ชั้นที่ 2)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ดำเนินกิจกรรม AMR ตามที่กำหนด			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU : $(A1/B) \times 100$ และ $(A2/B)$ AMR: $(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (แบบสะสม)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	RDU ชั้นที่ 1 60%	RDU ชั้นที่ 1 70%	RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 1 80%
	RDU ชั้นที่ 2 5%	RDU ชั้นที่ 2 10%	RDU ชั้นที่ 2 15%	RDU ชั้นที่ 2 20%
			AMR: ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาลที่มีระบบ การจัดการ AMR อย่าง บูรณาการ	AMR: ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาลที่มีระบบ การจัดการ AMR อย่าง บูรณาการ
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				RDU ชั้นที่ 2 80%
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				RDU ชั้นที่ 2 80%
				RDU ชั้นที่ 3 20%

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	30. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2560
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน 1 – 3	ขั้นตอน 1 – 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ

ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา

ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ

ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย

ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.สุพจน์ จิระราชวโร รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : 063-2358956
โทรสาร : 02-5901631 E-mail : supodjira@yahoo.com
 2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254
โทรสาร : 02-5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com
 3. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987
โทรสาร : 02-5901631 E-mail : refermoph@hotmail.com
 4. นายพิทยา สร้อยสำโร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693
โทรสาร : 02-5901631 E-mail : refermoph@hotmail.com
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<table> <tr> <td data-bbox="472 320 943 488"> 1.นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : 02-5901631 </td> <td data-bbox="943 320 1490 488"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 488 943 656"> 2. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 </td> <td data-bbox="943 488 1490 656"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : refermoph@hotmail.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 656 943 824"> 3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 </td> <td data-bbox="943 656 1490 824"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com </td> </tr> </table> กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		1.นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com	2. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : refermoph@hotmail.com	3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com
1.นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com							
2. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : refermoph@hotmail.com							
3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com							

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

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

	โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์	E-mail : pattarawin@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรสาร : 02-3548439 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์	ผู้รับผิดชอบงาน serviceplanทารกแรกเกิด โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 E-mail : wiboonkan@gmail.com
	2. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
	3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	32. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
คำนิยาม	<p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น</p> <p>ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี หมายถึงผู้ป่วยในปีที่คำนวณ ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นๆ พบว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (หน่วยนับเป็นคน)</p> <p>หมายเหตุ วิธีนับ การได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1 ให้ประเมินจาก ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวได้รับข้อมูลระยะของโรค และ/หรือ ได้รับการเตรียมและส่งต่อกลับชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นอย่างน้อย (การเก็บข้อมูล นับจำนวนคน ที่เป็นรายใหม่ในปี)</p> <p>กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ผู้ป่วยระยะท้าย เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke 3. โรคไตในระยยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต 4. Pulmonary and Heart Disease 5. Multiple Trauma Patient 6. Infectious Disease HIV/AIDS 7. Pediatric 8. Aging /Dementia <p>โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care (หรือตามแนวทางการรักษาของหน่วยงานนั้น) เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ

	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. โรครอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 4. Terminal Delirium 5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin $<$ 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง 6. Persistent Hypercalcemia 7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล
--	---

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

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

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม 3. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 3	C = จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี ได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1
รายการข้อมูล 4	D = จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนผู้ป่วย Palliative ที่ได้รับ Strong Opioid(ตามแนวทางของ(ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย)**
รายการข้อมูล 6	F =จำนวนผู้ป่วย Palliative ที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid(ตามแนวทางของ(ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย)**
รายการข้อมูล 7	G = จำนวนผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)
รายการข้อมูล 8	H = จำนวนผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)</p> $= (A/B) \times 100$ <p>2.ร้อยละในขั้นตอนที่ 1 (ข้อ 1.3)</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ (ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี) <u>ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq ร้อยละ 50</u></p> $= (C/D) \times 100$ <p>3.ร้อยละในขั้นตอนที่ 1 (ข้อ 1.5)</p> <p>มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ โรงพยาบาลระดับ A,S,M1 \geq ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid ▶ โรงพยาบาลระดับ M2,F1-3 \geq ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid $= (E/F) \times 100$ <p>4.ร้อยละในขั้นตอนที่ 2 (ข้อ 2.2)</p> <p>ร้อยละ ของผู้ป่วย Palliative Careรายใหม่ ในปีที่รายงานได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)</p> $= (G/H) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ชั้นตอนที่ 1

1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
- มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
- มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

1.2โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งใน
กลุ่มงานการพยาบาลมอบหมายให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
รับผิดชอบเต็มเวลาและมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่
เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการ
อบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงาน
บริการผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง

1.3กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq
ร้อยละ 50 โดยคิดจากจำนวนรายใหม่ในปี และมีวิธีคิด ดังนี้

สูตร (A/B) x 100

A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วเป็นไปตามเกณฑ์ของสถานพยาบาล
นั้นๆว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี)
ที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1(หน่วยนับเป็นคน)

B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วเป็นไปตามเกณฑ์ของสถานพยาบาล
นั้นๆว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี)
(หน่วยนับเป็นคน)

1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการ
ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.5โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 30 ของ
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ Strong Opioid (ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย)** และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก
เช่น สวดมนต์บำบัด สมุนไพรบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่
จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid (ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย) **และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์
ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมุนไพรบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น
ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อ
ต่อไปนี้

2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S

มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วม
ที่พัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

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

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

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance
Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วย
และครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP
จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2,
F1-3
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP
จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2,
F1-3
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล
ACP จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาล
ระดับ M2, F1-3
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP
จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2,
F1-3

2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S

มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และ/หรือมีการจัดการ
ดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการ
ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด
กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

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

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

โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3

มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication (ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ) และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุด บำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

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

ขั้นตอนที่ 3

- สำหรับปี 2560 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

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

- สำหรับปี 2561- 2564มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

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

ขั้นตอนที่ 4 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดำเนินการ ดังนี้

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

มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง

- (1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล)

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

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

มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ

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

ขั้นตอนที่ 5 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี

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

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

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

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

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

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

- (1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล

	(2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด (3) ปี 2563 มี (1) - (2) และ งานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ (4) ปี 2564 มี (1) - (3) และ มีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพหรือ ในกระทรวง สาธารณสุข หรือกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ 2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ 3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf 4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2554 5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access April 2014)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อากาศ พัฒนเรืองไธ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918245 โทรศัพท์มือถือ : 081-9105216 โทรสาร : 02-5918244 E-mail : apattanaruenglai@gmail.com 2. นางอำไพพร อังวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906282 โทรศัพท์มือถือ : 081-6685008 โทรสาร : 02-5918264-5 E-mail : ampaiporn.y@gmail.com 3. นางสาวศิวาพร สัมรวม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906146 โทรศัพท์มือถือ : 089-6093836 โทรสาร : 02-5918244 E-mail : keaksiwa@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com 2. นางจุฬารักษ์ สิงกลางพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906329 โทรศัพท์มือถือ : 081-3554866 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : klangpol@yahoo.com กรมการแพทย์				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. คณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง ของเขตบริการ สุขภาพ	
	2. นายแพทย์ภัทรวิรินทร์ อัดตะสภาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
	โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com
3. นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906047	โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499	
โทรสาร : 02-5918279	E-mail : moeva_dms@yahoo.com	
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์		

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

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

<p>แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข</p>	<p>อำเภอละอย่างน้อย 2 แห่ง</p>	<p>- คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน(A-F3) - คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-M1) - บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต.</p>	<p>- รพ.สต. อย่างน้อย ร้อยละ 30</p>
---	--------------------------------	--	-------------------------------------

ปี 2562 :

<p>รอบ 3 เดือน</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p>
			<p>ร้อยละ 20</p>

ปี 2563 :

<p>รอบ 3 เดือน</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p>
			<p>ร้อยละ 20</p>

ปี 2564 :

<p>รอบ 3 เดือน</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p>
			<p>ร้อยละ 20</p>

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

ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

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

ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505
โทรสาร : 02-1495647 E-mail : khwancha@health.moph.go.th
สถาบันการแพทย์แผนไทย
- นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495636 โทรศัพท์มือถือ : 081-8723270
โทรสาร : 02-1495636 E-mail : tewantha@gmail.com
กองการแพทย์ทางเลือก
- แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ไทย - จีน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326
โทรสาร : 02-1495677 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com
กองการแพทย์ทางเลือก
- นายสมศักดิ์ กริชัย หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน
สนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653 โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683
โทรสาร : 02-1495653 E-mail : augus_organ@hotmail.com
กองวิชาการและแผนงาน
- นางศรีจรรยา โชติก หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791
โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kungfu55@gmail.com
กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน 2. นางสาวศศิธร ไหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน 3. นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน 4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394 E-mail : ckttmman414@hotmail.co.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com

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

	<p>ต้องนำข้อมูลปี 2560 รวมกับข้อมูลของปี 2552-2559) โดยประมวลผลเป็นรายหน่วยบริการ จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ www.thaidepression.com</p> <p>ข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ 1) วันที่เข้ารับบริการ 2) คำนำหน้า 3) ชื่อ 4) นามสกุล 5) เพศ 6) เลขที่บัตรประชาชน 7) วันเดือนปีเกิด 8) อำเภอ 9) จังหวัด 10) รหัสโรคซึมเศร้า 11) คะแนน 9Q 12) คะแนน 8Q ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีอยู่ในฐานข้อมูล 50 แฟ้มแล้ว)</p> <p>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดำเนินการได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทีมงานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน 2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail : depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์ 3. บันทึกทางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า www.thaidepression.com สำหรับหน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทาง Online <p>ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า จนกว่าหน่วยบริการในพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2</p> <p>คำอธิบายสูตร:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มีมารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด) ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ● ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระดับชาติวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% (แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรประจำปี...(จะใช้ประชากรประจำปีย้อนหลังไป 1-2 ปี เนื่องจากปีที่จะวัดยังไม่มีรายงาน เช่น ในปีงบประมาณ 2560 จะฐานประชากรประจำปี 2558) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ

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

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

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จต่อ ประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน)	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน)	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จต่อ ประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน)	
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.08	6.47	อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล

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

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

	<p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>			
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis</p>				
	<p>ปีงบประมาณ 61</p> <p>< ร้อยละ 30</p>	<p>ปีงบประมาณ 62</p> <p>< ร้อยละ 28</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p> <p>< ร้อยละ 26/50</p>	<p>ปีงบประมาณ 64</p> <p>< ร้อยละ 24/48</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>			
แหล่งข้อมูล	<p>ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกับข้อมูลจาก ICD-10</p>			
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</p>			
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น</p>			
รายการข้อมูล 3	<p>C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10</p>			

	รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น																								
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4																								
เกณฑ์การประเมิน : 1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 3. มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้ ปี 2561 : <table border="1" data-bbox="188 992 1406 1386"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30</td> <td></td> <td>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30</td> </tr> </tbody> </table> ปี 2562 : <table border="1" data-bbox="188 1444 1406 1839"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28</td> <td></td> <td>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28</td> </tr> </tbody> </table> ปี 2563 : <table border="1" data-bbox="188 1892 1406 1946"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						

	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50
--	---	--	---

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	<p>1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p> <p>2. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้</p>					
	คะแนน	1	2	3	4	5
	อัตราการตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 10	อัตราการตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 5	อัตราการตายตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด รายปี อยู่ในช่วง มากกว่าหรือ น้อยกว่าไม่เกินร้อยละ 5	อัตราการตายต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 5	อัตราการตายต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 10	อัตราการตายต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 10

เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	อัตราการตายผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแส เลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	35.40	34.79	32.03
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.พจน์ อินทลาภพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-6125891 โทรสาร : E-mail : drpojin@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>2. นพ.กิตติชัย มูลวิริยกิจ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-4217606 โทรสาร : E-mail : kittii04@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี</p> <p>3. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-5968535 โทรสาร : E-mail : mr.sepsis@yahoo.com โรงพยาบาลพิษณุโลก</p> <p>4. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036 โทรสาร : E-mail : crisis27@gmail.com โรงพยาบาลลำปาง</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com กรมการแพทย์</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง ภายหลังจากการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Capture the fracture โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษากเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture เป็นต้น</p> <p>การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษากในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน</p> <p>กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femoral neck fracture S72.000-019 2. Intertroch S72.100-101, S72.110-111 3. Subtroch S72.20, 21 <p>กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้ง ส่วนต้น กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compression spine S22, S32 2. Distal radius S52 3. Ankle M80 4. Distal femur S72 5. Plateau S82 6. Proximal humerus S42 <p>ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสเหตุการณ์ ด้วยรหัส</p>

1. THA 81.51
2. Partial hip replacement 81.52
3. Fixation 79.15, 79.35
4. open reduction femur 79.25
5. Close reduction 79.05
6. Fixation 78.55

เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Capture the fracture ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

องค์ประกอบของทีม Capture the fracture

หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse(FLS nurse)

ระดับ รพศ./รพท. คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ

ระดับ รพช. คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง

ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ

จำเป็นต้องมีระดับ รพศ./รพท.- วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ

หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ระดับ รพช. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์

แนะนำให้มียกระดับ รพศ./รพท.- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวช

ศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

จำเป็นต้องมีเภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด

แนะนำให้มียกตัวแทนแผนกโภชนาการ

หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น

สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิสัญญีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้ทำหน้าที่ประสานงาน(Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

	<p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Capture the fracture</p>							
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>								
<p>ปีงบประมาณ 61</p>	<p>ปีงบประมาณ 62</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p>	<p>ปีงบประมาณ 64</p>	<p>1. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต)</p>				
<p>1. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต)</p>	<p>1. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 28 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>	<p>1. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 25 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>	<p>1. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 20 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อลดอัตราการตาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จากโรคกระดูกพรุน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักแบบ Early surgery ภายใน 72 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ และการตายของประชากรกลุ่มนี้ของประเทศในอนาคต</p> <p>2. เพื่อสร้างทีม Capture the fracture ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุนเพื่อลดอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำทั้งนี้เพื่อให้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาที่รวดเร็วขึ้น (Early surgery) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดียิ่งขึ้น 2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคกระดูกพรุนอย่างเป็นระบบ (Treatment of osteoporosis) 3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment) 4. ผู้ป่วยได้ฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับภาวะโรค (Exercise programme) 5. ผู้ป่วยและญาติได้รับสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (Education programme) <p>และเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับใหม่</p>							
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายใน 13 เขตสุขภาพ</p> <table border="1" data-bbox="523 1888 1520 1998"> <thead> <tr> <th data-bbox="523 1888 754 1944">เขต</th> <th data-bbox="754 1888 1520 1944">โรงพยาบาล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="523 1944 754 1998">1</td> <td data-bbox="754 1944 1520 1998">โรงพยาบาลน่าน (จ.น่าน)</td> </tr> </tbody> </table>				เขต	โรงพยาบาล	1	โรงพยาบาลน่าน (จ.น่าน)
เขต	โรงพยาบาล							
1	โรงพยาบาลน่าน (จ.น่าน)							

	2	โรงพยาบาลพุทธชินราช (จ.พิษณุโลก)	
	3	โรงพยาบาลสุพรรณบุรี (จ.สุพรรณบุรี)	
	4	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (จ.นนทบุรี)	
	5	โรงพยาบาลนครปฐม (จ.นครปฐม), โรงพยาบาลราชบุรี (จ.ราชบุรี)	
	6	โรงพยาบาลชลบุรี (จ.ชลบุรี)	
	7	โรงพยาบาลขอนแก่น (จ.ขอนแก่น)	
	8	โรงพยาบาลอุดรธานี (จ.อุดรธานี)	
	9	โรงพยาบาลนครราชสีมา (จ.นครราชสีมา)	
	10	โรงพยาบาลมุกดาหาร (จ.มุกดาหาร)	
	11	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (จ.สุราษฎร์ธานี)	
	12	โรงพยาบาลตรัง (จ.ตรัง)	
	13	โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลกลาง กทม.	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC กระทรวง 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์		
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพ/โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.จัดทำคู่มือการจัดตั้งทีม Capture the Fracture แก่พื้นที่จัดอบรมให้ความรู้แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1, 2, 3 และ 13	1.จัดอบรมให้ความรู้แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12	1.จัดอบรมให้ความรู้แก่ Capture the Fracture แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10	มีการจัดตั้งทีม Capture the Fracture ครบทั้ง 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
1.1 ร้อยละ 5 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 10 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 15 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้น ไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery> ร้อยละ 50 ขึ้นไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
1.1 ร้อยละ 24 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 26 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 28 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้น ไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
1.ร้อยละ 34 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้น ไปมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.ร้อยละ 36 ของ โรงพยาบาลระดับS ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.ร้อยละ 38 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไปมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไปมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ เพื่อปรับมาตรการและกลยุทธ์				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Capture the fracture				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
	NA	NA	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สมศักดิ์ ลีเซววงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539844 โทรสาร : 02-3539845 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออร์โธปิดิกส์ โทรศัพท์มือถือ : 089-1128899 E-mail : somsakortho@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-9659851 สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สมศักดิ์ ลีเซววงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539844 โทรสาร : 02-3539845 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-1128899 E-mail : somsakortho@gmail.com		
	2. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
	3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-591-8279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com		

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

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

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

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

	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-591-8279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com
--	--	--

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

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

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

	เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	74.65	81.17	81.89
	รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	68.54	60.40	74.55
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วีรฤทธิ อิมสำราญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรสาร : 02-3547036 กรมการแพทย์		ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123 E-mail : armohmy@yahoo.com		
	2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
	2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com		

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

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

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

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr											
คำนิยาม	<p>CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราการความเสื่อมของไตต่างกัน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 67</td> <td>ร้อยละ 68</td> <td>ร้อยละ 69</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 67	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 66	ร้อยละ 67	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69									
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น <ol style="list-style-type: none"> N183-184 หรือ N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time											
แหล่งข้อมูล	HDC											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66		
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	ร้อยละ 68	ร้อยละ 68	ร้อยละ 68		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	ร้อยละ 69	ร้อยละ 69	ร้อยละ 69		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด				
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	(ระบบเก็บข้อมูลเริ่มปี 2558)	ร้อยละ	2557	2558	2559
			63.8	64.8	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลหาดใหญ่		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 E-mail : kcharoen007@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายไพบูลย์ ไวกย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : HDC กระทรวงสาธารณสุข		หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th		

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

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

ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
	ร้อยละ 85		ร้อยละ 85		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
	ร้อยละ 85		ร้อยละ 85		
วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	Vision2020thailand				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจก ชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการ ผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	NA	80.5	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-225818 ต่อ 7172 โทรศัพท์มือถือ : 061-4261532 โทรสาร : 034-225421 E-mail : warroph@gmail.com โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โปรแกรม Vision2020				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์				

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

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

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด			
ระดับการแสดงผล	หน่วยงาน และกระทรวง			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate)			
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติดและได้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติด			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
(Leading Indicator)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96
(Lagging Indicator)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ได้รับการติดตามดูแล และสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดทุกระบบ ในสถานบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพผู้ติดยาเสพติด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)			
แหล่งข้อมูล	สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด (สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ทัณฑสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด และหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายครบกำหนดตามเกณฑ์จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติดทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. Leading Indicator = (A/B) x 100 2. Lagging Indicator = (A/C) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน)			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561: Leading / lagging Indicator

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
90/50	90/50	90/50

ปี 2562: Leading / lagging Indicator

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
92/52	92/52	92/52

ปี 2563: Leading / lagging Indicator

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
94/54	94/54	94/54

ปี 2564: Leading / lagging Indicator

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
96/56	96/56	96/56

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูล Leading Indicator

สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติดและสารเสพติด กองบริหารการสาธารณสุข

ข้อมูล lagging Indicator

สถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์คุณภาพ และดิจิทัลสถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

เกณฑ์การให้คะแนน Leading / lagging Indicator

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
70/10	75/20	80/30	85/40	90/50

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data Leading / lagging Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัด	ร้อยละ	87.57/40.57	90.92/44.07	93.94/35.09

	รักษาทุกระบบ (3 month remission rate)				
	หมายเหตุ หลังการบำบัดครบให้มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อังกูร ภัทรากร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106 E-mail :	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์		
	2. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรสาร : 02-1495533	ผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : 089-6667553 E-mail : burinsura@hotmail.com	สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต		
	3. นพ.อัครพล ศุภศาสตรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740	รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450 E-mail : akraponmuk@gmail.com	กองบริหารการสาธารณสุข		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-1050344 E-mail : acharawi@gmail.com	กองบริหารการสาธารณสุข		
	2. นางระเบียบ โตแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 โทรสาร :	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 097-0314811 E-mail : rabiab_to@yahoo.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			
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน**) ● เนื่องจากคำนิยามของการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้ความจำกัดความได้คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อนกับระบบบริการเดิมที่มีอยู่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการ บทเรียนจากต่างประเทศ และ best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเติมช่องว่างที่ขาดและความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว ● กลุ่มเป้าหมายในระยะเริ่มต้นพัฒนา จึงเริ่มต้นจากกลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) ภาวะบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ทั้งบริบทด้านการบริหารจัดการและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถบรรลุได้ด้วยแผนการดูแลและกิจกรรมในการดูแลระยะกลาง <p>* ตามมาตรฐานและหลักวิชาการทางการแพทย์หรือความเห็นของแพทย์</p> <p>** พิจารณาจากระยะเวลาที่เหมาะสมตามหลัก intensive rehabilitation, บทเรียนจากการพัฒนาในต่างประเทศและ best practice บางกล้า, หาดใหญ่, สระบุรี</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50

วัตถุประสงค์	การดูแลระยะกลางมีจุดประสงค์เพื่อ 1) ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์หรือ acute care settings 2) พื้นฟูสมรรถนะและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น intensive rehabilitation 3) ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม 4) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง (bed utility) ในระดับจังหวัดหรือเขต 5) เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วยและผู้ดูแล 6) เชื่อมโยงแผนการดูแลและการดูแลสู่การดูแลในชุมชนและที่บ้าน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง 3) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่และต้องการการดูแลระยะกลาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มี BOR และมีความเสี่ยง re-admission สูง, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูแบบ intensive rehabilitation, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินแบบองค์รวมและฟื้นฟูสมรรถนะ, กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงาน		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	1. ไตรมาส 2 และ 4 (ปี 2561) 2. ไตรมาส 4 (ปี 2562 - 2564)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 5		ร้อยละ 10
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 20
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 30
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :	สสจ.จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน				
เอกสารสนับสนุน :	การถอดบทเรียนการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันในประเทศไทย, NIH, Intermediate Care System NHS UK, British Geriatrics Society, รายงานภาวะโรค IHPP 2556, HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์จรุญ เพิ่มบดศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-7751555 E-mail : thongtana.p@dms.mail.go.th		
	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการกองบริหารสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : Peed.pr@gmail.com		
	3. นพ.ศุภศิลป์ จำปานาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-3634- 3500 โทรสาร :		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
	โรงพยาบาลสระบุรี				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นายแพทย์ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901642 โทรสาร :		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kaonaina@gmail.com		
	2. นางสาวสุประวีณ์ เขมลาย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590- 1642 โทรสาร :		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :		
	3. นายแพทย์ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334		
	กองบริหารการสาธารณสุข				

	โทรสาร : 02-9659851 4. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์	E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com
--	--	---

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

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
Reimbursement ที่เหมาะสมเขตสุขภาพ เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ODS อย่างเป็นระบบสามารถวางแผนและพัฒนาการให้บริการอย่างเหมาะสมตามบริบท	ร้อยละ 15	ร้อยละ 15	โรงพยาบาลทุกระดับ สามารถดำเนินการ ODS ได้อย่างน้อย 2 แห่งต่อเขตสุขภาพ	ร้อยละ 15	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 20		ร้อยละ 20	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 25		ร้อยละ 25	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 30		ร้อยละ 30	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายทวี รัตนชูเอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548077 โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : thawee1958@gmail.com				

	<p>โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000 โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148 โทรสาร 044-235388 E-mail : taweechai1@hotmail.com</p> <p>โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา</p> <p>3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑตศิกรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-587800 โทรศัพท์มือถือ : 081-9417746 โทรสาร : 034-511507 E-mail : wibunphantha@yahoo.com</p> <p>โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิपालกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p> <p>กรมการแพทย์</p>

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 10		ร้อยละ 10		
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 15		ร้อยละ 15		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 20		ร้อยละ 20		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 25		ร้อยละ 25		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ Minimal Invasive Surgery (MIS)				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการดำเนินงาน Minimally Invasive Surgery (MIS)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ราย	2557	2558	2559
			NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายทวี รัตนชูเอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548077 โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : thawee1958@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000 โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148 โทรสาร : 044-235388 E-mail : taweechai1@hotmail.com โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา</p> <p>3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑตติกรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-9417746 โทรสาร : 034-511507 E-mail : wibunphantha@yahoo.com โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา</p>				

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1.กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2.นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-9659851</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>2. นายปวิช อภิपालกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)											
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมี เป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ</p> <p>“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยก เป็น Triage Level 1 และ 2</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ *โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8</p> <table border="1" data-bbox="300 1608 1289 1720"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 12*</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 8</td> <td>ร้อยละ 6</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 12*	ร้อยละ 10	ร้อยละ 8	ร้อยละ 6
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 12*	ร้อยละ 10	ร้อยละ 8	ร้อยละ 6									
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ											

	ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันเวลาปลอดภัยและประทับใจ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F2 ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	HDC 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแพ้ม ACCIDENT
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แพ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ระบบข้อมูล - มี National Triage - จัดทำคู่มือ ER คุณภาพและความปลอดภัย(ER Safety Goals) - ปรับปรุงเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS) - จัดทำมาตรฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน - สื่อสารนโยบายและการดำเนินงานพัฒนาห้องฉุกเฉิน	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแพ้ม Accident ร้อยละ 40 2. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 40 3. ER คุณภาพ - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 40	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแพ้ม Accident ร้อยละ 60 2. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 60 - จำนวนของโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปผ่าน เกณฑ์ ECS คุณภาพ ร้อยละ 70 3. ER คุณภาพ	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแพ้ม Accident ร้อยละ 80 2. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 80 3. ER คุณภาพ - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 80

		- จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อย ละ 60	
--	--	---	--

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 8

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- ขั้นตอนที่ 1** โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล
ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่
- 1.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก
 - 1.2 รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน
ภายใน 24 ชั่วโมง
 - 1.3 วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
 - 1.4 Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ
 - 1.5 วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ
 - 1.6 นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
 - 1.7 ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน
- ขั้นตอนที่ 2** เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- 2.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล
 - 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน
24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด
 - 2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม
- ขั้นตอนที่ 3** ส่วนกลาง
- 3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต
 - 3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน
24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต
 - 3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ

เอกสารสนับสนุน :	http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
		ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</p> <p>3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี</p> <p>4. นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-6400614 โทรสาร : E-mail :</p> <p>โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>5. นพ.สัจจะ ชลิตาภรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 095-9254656 โทรสาร : E-mail : tsenjoyme@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี</p> <p>6. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 โทรสาร : E-mail : k.yothasamutr@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน</p> <p>7. นางธันณ์จิรา ธนาศิริธัชพันธ์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 โทรสาร : E-mail : thunjira.t@niems.go.th</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>				

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

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

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

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ เงื่อนไขการคำนวณ 1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ไม่นับรวม <ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2560) ▪ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2560) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมา นับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 โดยไม่นับรวมพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งมีการดำเนินงานภายใต้แผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จึงไม่ได้นำพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือ กรุงเทพมหานคร มาประเมินในตัวชี้วัดนี้
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 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

หมายเหตุ :

ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพท์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561

วิธีการประเมินผล

ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ

แนวทางการประเมินผล

1. ระดับสำนักวัณโรค

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560) ในภาพรวมของประเทศ

2 ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่

3 ระดับจังหวัด

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

เกณฑ์การให้คะแนน

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤81	82	83	84	≥85

เอกสารสนับสนุน

- 1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ
- 2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
		2558	2559
อัตราความสำเร็จการ รักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	80.5	79.1

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>2. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 ต่อ 1211 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>4. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>สำนักวิจัยโรค กรมควบคุมโรค</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักวิจัยโรค โทรศัพท์มือถือ : 084-6056710 E-mail : phalin1@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645 E-mail : ssthaitb@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-9824196 E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักวิจัยโรค กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com</p>

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

	สิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนใน ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป			
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2564 ร้อยละ 95 ของหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ ดังนี้				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสามารถเข้าถึง และได้รับการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ 10 จังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่เป้าหมายประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเอง (ตามคู่มือที่ระบุในนิยาม) ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เป้าหมาย พร้อมผลการประเมินตนเองและแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ดังแบบ Report_OHS สสจ.) แจกจ่ายสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมส่งให้กับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนจัดเตรียมทีมตรวจประเมิน/สอบทวนการดำเนินงาน 4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับทีมตรวจประเมินระดับจังหวัด และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตรวจประเมินตามแนวทางของสำนักฯ และให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมิน 5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง (ดังแบบ Report_OHS_สคร.) 6) กรรมการรับรองผลประชุมเพื่อพิจารณารับรองผลโรงพยาบาล 7) สสจ.เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ตามแบบรายงานผลการดำเนินงาน (ดังเอกสารแนบท้าย) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลที่ สนย.จะเป็นผู้พัฒนาขึ้น 8) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สรุปผลภาพรวมของประเทศ และรายงานให้ กยผ. 			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (10 จังหวัด), สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1,2,5,6,8,10,12 และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม			

รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด (27 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานไตรมาส 1, 2, 3, และ 4)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 50
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน หรือ สนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีข้อมูลการประเมินตนเองของรพ.เป้าหมาย	มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 40	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 50 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน หรือ สนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 90
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน หรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 95
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน หรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

วิธีการประเมินผล :	ตามแนวทางของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
เอกสารสนับสนุน :	1. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

	2. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	55.56
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางวิณา ภักดีสิริวิชัย รongผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : bhakdi2005@yahoo.com กรมควบคุมโรค</p> <p>2. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3847935, 02-3940166 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : untimanon@gmail.com ศูนย์พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918173 โทรศัพท์มือถือ : 081-9893609 โทรสาร : 02-5904388 E-mail : cpadungt@gmail.com</p> <p>2. นางสาวอารีพิศ พรหมรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2394 0166 โทรศัพท์มือถือ : 086-9495986 โทรสาร : 02-5904388 E-mail : k.arreepit@gmail.com สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์											
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	เขต , ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	53. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด											
คำนิยาม	<p>เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ 4 มาตรการ ดังนี้</p> <p>มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน</p> <p>มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร</p> <p>มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด</p> <p>มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดน่านรื่อง หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย 4 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2560 ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8)และจังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย 9 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก(เขตสุขภาพที่ 2) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) จังหวัดอำนาจเจริญ(เขตสุขภาพที่ 10) และจังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 เขต 13 จังหวัด (ร้อยละ 100)</td> <td>12 เขต 13 จังหวัด</td> <td>12 เขต 13 จังหวัด</td> <td>12 เขต 13 จังหวัด</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	12 เขต 13 จังหวัด (ร้อยละ 100)	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
12 เขต 13 จังหวัด (ร้อยละ 100)	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด									
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน (4 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1,6,8 และ 11 2. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย (9 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 12			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส) 2. การตรวจราชการและนิเทศงาน 3. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร			
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส) 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน 3. ข้อมูลการประเมินโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีผลการดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดเป้าหมายที่ดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพร (13 จังหวัด)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
จังหวัดน่าน	จังหวัดน่าน	จังหวัดน่าน	จังหวัดน่าน	จังหวัดน่าน
1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม	1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบ	1. เพิ่มจำนวน Shop/Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง	1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน	1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน
2. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร	2. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร	2. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น	2. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น	2. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น
		2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์	2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร
		2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่น ในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์	2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่น	2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่น
				2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)
				3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน

			<p>การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 20</p> <p>4. มูลค่าของการใช้ สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15</p> <p>5. มูลค่าการตลาดของ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวม เพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 15</p>
<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีกลุ่มแกนนำด้าน สมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้ จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปร รูป/ปริมาณวัตถุดิบ สมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด</p> <p>2. บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ด้านการจัดการสมุนไพร ได้รับการอบรมด้านแผน ธุรกิจ (Business plan)</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง</p> <p>2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบ สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีโรงงานแปรรูปและ ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร เตรียมการเข้าสู่ มาตรฐาน GMP อย่าง น้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐ และเอกชน)</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยนอก ได้รับการด้าน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 20</p> <p>3. มูลค่าของการใช้ สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุข เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15</p> <p>4. มูลค่าการตลาดของ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวม เพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10</p>

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร

เอกสารสนับสนุน :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวอัญชลี จุฑะพุทธิ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409
โทรสาร : 02-1495609
กองวิชาการและแผนงาน
ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน
ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน
 2. นายวิวัฒน์ศักดิ์ ศรีรุ่ง
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609
โทรสาร : 02-1495609
กองวิชาการและแผนงาน
- ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน
โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900
E-mail : anchaleeuan@gmail.com
หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน
คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ
โทรศัพท์มือถือ : 092-2461023
E-mail : wsornrung@gmail.com

	<p>3. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>4. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1.นางสาวศศิธร ใหญ่สถิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>2.นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางสาวมุสซา จันทรประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรสาร : 02-1495609 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-5910218 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394 E-mail : CKTTMMan414@hotmail.co.th</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 064-3235939 E-mail : ppin1987@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukanya0210@gmail.com</p>

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

พัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

2)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

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

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) โดยมีความ ครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของ เขตที่และสอดคล้องกับ	1. .แผนความ ต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้อง กับแผนกำลังคน ของเขต) 2. แผนพัฒนา บุคลากร เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5

		ยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี)		
2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.ความร่วมมือระหว่างสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคน และเขตสุขภาพ 2.การบูรณาการทรัพยากรในการ ใช้(คน เงิน ของ) ร่วมกัน Stakeholder ในเขตสุขภาพ	มีการสร้าง ความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ใน พื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5	
3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5	
4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรร/การกระจาย/ กลุ่มเป้าหมายของบุคลากร อย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวน และศักยภาพ) ให้มีความ สอดคล้องกับความต้องการของ เขต	มีจำนวนความ ต้องการ/การพัฒนา กำลังคนได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5	
5.การ ประเมินผล กระบวน การบริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการ บริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการ บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและ พัฒนากำลังคน 2.การลดข้อร้องเรียนและ การ ต่อรองทางวิชาชีพที่อาจ ก่อให้เกิดความเสียหายในระดับ เขต/ประเทศ	1.จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลง 2.จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตรการ ย้าย ลาออกลดลง	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5	

เกณฑ์เป้าหมาย : เฉลี่ย 5 ปีเขตสุขภาพต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปร้อยละ100 และในแต่ละปีเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ดังตารางนี้

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5	ทุกเขต (12 เขต) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/ การสำรวจจากเขตสุขภาพ การรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3)
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 3	8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 4	

ปี 2561 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ ≥ 3

ปี 2561 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
4 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=4	5 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=4	6 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=4	7 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=4	8 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ ระดับ >=4

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ ที่ 1 - 4 ที่ระดับ คะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน 5	

ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >=4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >= 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ >= 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ >= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ >= 4

ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
5 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	6 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	7 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	8 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	9 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ ระดับ >=5

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ ที่ 1 – 4 ที่ระดับ คะแนน 4	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน 5	

ปี 2563 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ ≥ 4

ปี 2563 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
6 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	7 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	8 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	9 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	10 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ ระดับ ≥ 5

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ ที่ 1 – 4 ที่ระดับ คะแนน 4	ทุกเขต (12 เขต) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 5	

ปี 2564 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >=4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ>= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ>= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ>= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ>= 4

ปี 2564 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
8 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	11เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน :

นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ
แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
ยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data

หน่วยวัด

ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.

2557

2558

2559

เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

ระดับความสำเร็จ

-

-

-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางอริยา สุขลิ้ม
โทรศัพท์ที่ทำงาน :
โทรสาร :

2. นางกัลยา เนติประวัติ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818
โทรสาร : 02-5901817

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail :

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395
E-mail : Catypakdee@gmail.com

	<p>3. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830 สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6962801 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกัลยา เนติประวัตติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817 2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830 สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6962801 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>

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

	<p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ</p> <p>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <table border="1" data-bbox="301 1155 1291 1272"> <tr> <td data-bbox="301 1155 550 1211">ปีงบประมาณ 61</td> <td data-bbox="550 1155 798 1211">ปีงบประมาณ 62</td> <td data-bbox="798 1155 1045 1211">ปีงบประมาณ 63</td> <td data-bbox="1045 1155 1291 1211">ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td data-bbox="301 1211 550 1272">ร้อยละ 85</td> <td data-bbox="550 1211 798 1272">ร้อยละ 90</td> <td data-bbox="798 1211 1045 1272">ร้อยละ 95</td> <td data-bbox="1045 1211 1291 1272">ร้อยละ 100</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100						
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ</p>								
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ/เขตบริการสุขภาพ</p>								
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ระบบรายงาน</p>								
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ/สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์/กลุ่มบริหารงานบุคคล/สถาบันพระบรมราชชนก</p>								
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล</p>								
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด</p>								
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>$(A/B) \times 100$</p>								
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ไตรมาส 2 และ 3</p>								

เกณฑ์การประเมิน :																
ปี 2561 :																
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ของเป้าหมาย														
ปี 2562 :																
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ของเป้าหมาย														
ปี 2563 :																
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของเป้าหมาย														
ปี 2564 :																
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 100 ของเป้าหมาย														
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับเกณฑ์ และคำนวณตามสูตรที่กำหนด															
เอกสารสนับสนุน :	แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.													
			2558	2559	2560											
			77	ร้อยละ	50	50	60									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td>1. นางอริยา สุขลิ้ม</td> <td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</td> <td>โทรศัพท์มือถือ :</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร :</td> <td>E-mail :</td> </tr> <tr> <td>2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร</td> <td>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</td> <td>โทรศัพท์มือถือ :</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร :</td> <td>E-mail :</td> </tr> </table>				1. นางอริยา สุขลิ้ม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :	โทรสาร :	E-mail :	2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :	โทรสาร :	E-mail :
1. นางอริยา สุขลิ้ม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ															
โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :															
โทรสาร :	E-mail :															
2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ															
โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :															
โทรสาร :	E-mail :															

	<p>3. นางกัลยา เนติประวัตติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร :</p> <p>4. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1.นางกัลยา เนติประวัตติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร :</p> <p>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

สำรวจ

เอกสารสนับสนุน :

-

	<p>1. นางฉัตรภัทร คูหา</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459</p> <p>โทรสาร : 02-5901384</p> <p>2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459</p> <p>โทรสาร : 02-5901384</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211</p> <p>E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346</p> <p>E-mail : spd.policy@gmail.com</p>
--	--	---

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

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมสร้างระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ด้วยกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผล		
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สป.สธ. 2. ฐานข้อมูลอัตรากำลังของกรม		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตรการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตรการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตรการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 91

ปี 2564:

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

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)											
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข											
ระดับการวัดผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	58. ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ											
คำนิยาม	<p>1. จังหวัด หมายถึง จังหวัดที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดนั้น ๆ ทั้งเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้าราชการ - พนักงานราชการ - ลูกจ้างประจำ - ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข <p>ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน</p> <p>3. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง อัตรากำลังที่มีอยู่จริง ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (นับตามปีงบประมาณ) คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (FTE) ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน</p> <p>4. ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง จำนวนของจังหวัดซึ่งมีหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับที่มีอัตรากำลังที่มีอยู่จริง (นับตามปีงบประมาณ) มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (FTE) ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90									
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพ</p> <p>2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>											

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุข มีการบริหารจัดการข้อมูล บุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่มี บุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุข มีการบริหารจัดการ ข้อมูลบุคลากรด้าน กำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 70 ของจังหวัดที่มี บุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุข มีการบริหารจัดการข้อมูล บุคลากรด้านกำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 80 ของจังหวัดที่มี บุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุข มีการบริหารจัดการ ข้อมูลบุคลากรด้าน กำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของจังหวัดที่มี บุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sansernx@gmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นายพรชัย ปอสูงเนิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862 โทรสาร : 02-5901858 E-mail : hrmoph@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
	<p>2. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901341 โทรศัพท์มือถือ : 081-7322812 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : pink1327@hotmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344	โทรศัพท์มือถือ : 085-3252098
	โทรสาร : 02-5901421	E-mail : p.khruaruan@gmail.com
	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
2. นางสาวสุดใจ จันทน์เลื่อน	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344	โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796	
โทรสาร : 02-5901421	E-mail : sudjaich1@gmail.com	
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

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

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

	<p>2) ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลาง รวมถึงกรุงเทพมหานครสู่ประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัวลงในเว็บไซต์ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว</p> <p>หมายเหตุ : 1. ช่องทางในการลงทะเบียน อสค. และบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. คือ</p> <p>1) ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th</p> <p>2) ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net</p> <p>2. หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลของกรุงเทพมหานคร คือ</p> <p>1) หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร</p> <ul style="list-style-type: none"> • กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย • สำนักการแพทย์ <p>2) สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p> <p>3) โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p>								
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. สถานบริการสุขภาพภาครัฐ</p> <p>3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>4. หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร</p> <p>1) สำนักอนามัย</p> <p>2) ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>3) สถานพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์</p> <p>5. สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p> <p>6. โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p>								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2561 :									
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">รอบ 3 เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ 6 เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ 9 เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน</td> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน</td> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน	-	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน	-						

-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55
---	---	---	--

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	
-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	-
-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 65

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	
-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ด้วยวิธีการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. หลังจากที่ได้ประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร 2. การสุ่มประเมิน ตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่ระดับล่างสุดขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของจำนวน อสค. ทั้งหมด หรือโดยสุตรการคำนวณตามวิธีการทางสถิติอื่น) โดยสามารถ
----------------------------------	--

บันทึกผลการประเมินในระบบฐานข้อมูลได้ที่เว็บไซต์ <http://fv.phc.hss.moph.go.th> หรือ www.thaiphc.net

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

ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน

บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก
1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ต้มน้ำเปล่า	10
2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลาและพาไปพบแพทย์ตามนัด	10
3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	10
		4. บำรุงรักษาจิตใจ	10
รวม	60	รวม	40
คะแนนรวมทั้งหมดต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด			

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
2. หลักสูตร อสค.
3. คู่มือ อสค.
4. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว
5. เว็บไซต์สำหรับขึ้นทะเบียน อสค. พิมพ์ประกาศนียบัตร และรายงานผลการดำเนินงาน อสค.
 - 1) <http://fv.phc.hss.moph.go.th>
 - 2) www.thaiphc.net
6. www.อสค.com เว็บไซต์ฐานข้อมูล อสค. ด้านความรู้ ข่าวสาร และการประเมิน

	<p>หมายเหตุ : 1. เอกสารข้อ 3. คู่มือ อสค. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แก่แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค.</p> <p>2. สามารถดาวน์โหลดเอกสารทั้งหมดได้ที่เว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th หรือ เว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th</p>				
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วย วัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>		
			<p>2558</p>	<p>2559</p>	<p>2560</p>
	<p>1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</p>	<p>คน</p>	<p>-</p>	<p>50,000</p>	<p>470,751</p>
	<p>2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>91.16</p>
<p>ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จากเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/ ณ วันที่ 22 สิงหาคม 2560</p>					
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com</p> <p>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>2. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18716 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com</p>				

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

	<p>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</p>												
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก</p>													
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64										
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90										
<p>คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน</p>													
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ระดับ</td> <td>สูงมาก</td> <td>สูง</td> <td>ปานกลาง</td> <td>ต่ำ</td> <td>ต่ำมาก</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>80-100</td> <td>60-79.99</td> <td>40-59.99</td> <td>20-39.99</td> <td>0-19.99</td> </tr> </table>		ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก	คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99
ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก								
คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99								
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน 												
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง จำแนกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน <p>ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p>												
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน</p>												

	จัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน 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											
หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)											
Small Success :														
ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ประเด็น การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น (EB 4- EB 6) ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11) ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 11) ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายนของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 11) ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายนของทุกปี											
วิธีการประเมินผล :	<p>หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน :</p> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)</p> <p>Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB4 – EB6 ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5) วัตถุประสงค์ขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="579 1832 1375 1944"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EB 4</td> <td>-</td> <td>EB 5</td> <td>-</td> <td>EB 6</td> </tr> </tbody> </table>				ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	EB 4	-	EB 5	-	EB 6
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
EB 4	-	EB 5	-	EB 6										

ระดับขั้นของความสำเเร็จ (Milestone) ดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

เอกสารสนับสนุน :

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

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

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

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		15		20	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		20		25	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		25		30	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		25		30	
วิธีการประเมินผล :	เขตสุขภาพและกรม ดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	มูลค่าการ จัดซื้อรวมๆ	ร้อยละ	20.44	20.98	24.99
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวพรพิมล จันทร์คุณภาส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901628		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-1933446 E-mail : pchankunapars@gmail.com		
	2. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com		
	กองบริหารการสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com		
	กองบริหารการสาธารณสุข				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	62. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร และบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้</p> <p>1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ</p> <p>2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา</p> <p>3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น</p> <p>แนวคิดของการควบคุมภายใน</p> <p>1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติ การควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีใช้ผลสุดท้ายของการกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process)0ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring)</p> <p>2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผล ด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายใน ที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น</p>

3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิผลเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวังไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมาย ระเบียบ และกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างับต้นทุนที่เกิดขึ้น

ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน

“การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด”

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

มาตรฐานการควบคุมภายใน

มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

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

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ

- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำปีกระทรวงสาธารณสุข ให้จัดส่งภายในวันที่ 30 ธันวาคมของทุกปี โดยให้หน่วยรับตรวจดำเนินการ ดังนี้

1. ส่วนราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข (9 ส่วนราชการ)

1) จัดส่งหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปอ.1) ให้คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน จำนวน 1 ชุด

2) จัดส่งแบบ ปอ.1.ปอ.2 ปอ.3 และแบบ ปส. ให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำปีกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 ชุด

3) สำหรับรายงานอื่นๆ ให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการ และผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทานต่อไป

4) ผู้ตรวจสอบภายในของส่วนราชการดำเนินการตรวจสอบและประเมินผลการควบคุมภายในของส่วนราชการแล้วรายงานผลการตรวจสอบโดยจัดส่งเอกสารสรุปผลการตรวจสอบ โดยใช้แบบรายงาน **รายละเอียดการตรวจสอบระบบการควบคุมภายใน** ที่แนบประกอบกระดาษทำการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (IA 01) พร้อมผลคะแนนของแต่ละหน่วยรับตรวจ ให้กับกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงเพื่อดำเนินการรวบรวมและสรุปผลคะแนนหน่วยรับตรวจที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 62 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน พร้อมทั้งจัดส่งไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 11 รายการ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการตรวจสอบ รายละเอียดตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ 0215.01/ว 3308 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2560 เรื่อง การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ทาง e - mail : audit.health.57@gmail.com ปีละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี

2. หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1) จัดส่งหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบปอ. 1) ให้คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน จำนวน 1 ชุด

2) จัดส่งแบบ ปอ.1 ปอ.2 ปอ.3 และแบบ ปส. ให้กับผู้ว่าราชการจังหวัด จำนวน 1 ชุด

3) สำหรับรายงานอื่นๆ ให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการ และผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทานต่อไป

4) ผู้ตรวจสอบภายในประจำหน่วยงานในส่วนภูมิภาคดำเนินการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และโรงพยาบาลชุมชน

แล้วรายงานผลการตรวจสอบโดยจัดส่งเอกสารสรุปผลการตรวจสอบ โดยใช้แบบรายงาน **รายละเอียดการตรวจสอบระบบการควบคุมภายใน** ที่แนบประกอบกระดาษทำการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (IA 01) พร้อมผลคะแนนของแต่ละหน่วยรับตรวจ ให้กับกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงเพื่อดำเนินการรวบรวมและสรุปผลคะแนนหน่วยรับตรวจที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 62 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน พร้อมทั้ง จัดส่งไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 11 รายการ เพื่อเป็นหลักฐาน ประกอบการตรวจสอบ รายละเอียดตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ 0215.01/ว 3308 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2560 เรื่อง การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ทาง e - mail : audit.health.57@gmail.com ปีละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม ของทุกปี

2.2 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

และโรงพยาบาลชุมชน

- 1) จัดส่งหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบปอ. 1) ให้คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน จำนวน 1 ชุด
- 2) จัดส่งแบบ ปอ.1.ปอ.2 ปอ.3 และแบบ ปส. ให้ผู้ว่าราชการจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 ชุด
- 3) สำหรับรายงานอื่นๆ ให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการและผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทานต่อไป

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอเหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง

การติดตามประเมินผล หมายถึง กระบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา

ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผล

	<p>เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาครัฐโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาวិธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ - กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ - สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง - ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ <p>การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</p> <p>ส่วนราชการส่วนกลาง คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ดำเนินการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (รอบ 6 เดือนและ 12 เดือน) และจัดทำรายงานเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณา</p> <ul style="list-style-type: none"> - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ธันวาคม ของทุกปี <p>หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ดำเนินการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (รอบ 6 เดือนและ 12 เดือน) จัดทำรายงานเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณา พร้อมทั้งจัดส่งรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ธันวาคม ของทุกปี
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 8	ร้อยละ 12	ร้อยละ 16	ร้อยละ 20

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน 2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด 3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน
---------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9 ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลทุกระดับของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ดำเนินการเข้าตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจ ตามแผนการตรวจสอบประจำปีของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง 2. ตรวจสอบจากเอกสารหลักฐานที่ผู้ตรวจสอบภายในของส่วนราชการและผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบประจำหน่วยงานในส่วนภูมิภาคจัดส่งให้																																
แหล่งข้อมูล	ส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมินตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์																																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน																																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																
ระยะเวลาประเมินผล	มกราคม 2560 - กันยายน 2564 (สรุปผลไตรมาส 4)																																
เกณฑ์การประเมิน ปี 2561 : <table border="1" data-bbox="236 943 1358 1059"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 8</td> </tr> </table> ปี 2562 : <table border="1" data-bbox="236 1115 1358 1232"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 12</td> </tr> </table> ปี 2563 : <table border="1" data-bbox="236 1288 1358 1404"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 16</td> </tr> </table> ปี 2564 : <table border="1" data-bbox="236 1460 1358 1576"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 8	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 12	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 16	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 20
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			ร้อยละ 8																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			ร้อยละ 12																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			ร้อยละ 16																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			ร้อยละ 20																														
วิธีการประเมินผล :	<p>หน่วยงานจะต้องดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามแนวทางการประเมิน ตั้งแต่ประเด็นการตรวจสอบที่ 1-5 และได้คะแนนการประเมินตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน</p> <table border="1" data-bbox="475 1742 1453 1966"> <thead> <tr> <th>ระดับที่</th> <th>กิจกรรม</th> <th>ได้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน	1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1																										
ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน																															
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1																															

	2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	1
	3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 ระดับหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 อย่างครบถ้วนถูกต้องภายในระยะเวลาตามระเบียบและแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	1
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ	1
	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	1
เอกสารสนับสนุน :	ระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544 แนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พิมพ์ครั้งที่ 2 : ตุลาคม 2552		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2558 2559 2560
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	- - -
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสาวเครือพันธ์ บุบุญญ นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการตรวจสอบภายในเชี่ยวชาญปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902341 โทรศัพท์มือถือ : 085-4856980 โทรสาร : 02-5902337 E-mail : boonboonboon05@gmail.com</p> <p>2. นางธัญชนก เสาวรัจ นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 โทรสาร : 02-590-2337 E-mail : thancha9@hotmail.com</p>		

	<p>3. นางสาวดารณี บุญรอด</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339</p> <p>โทรสาร : 02-5902337</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง</p>	<p>นักวิชาการตรวจสอบภายใน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975</p> <p>E-mail : bowy.97@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธัญชนก เสาวรั้ง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339</p> <p>โทรสาร : 02-5902337</p> <p>2. นางสาวดารณี บุญรอด</p> <p>โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 02-5902339</p> <p>โทรสาร : 02-5902337</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง</p>	<p>นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981</p> <p>E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายใน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975</p> <p>E-mail : bowy.97@gmail.com</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)												
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ												
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ												
ระดับการแสดงผล	กรม และ จังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ/ คุณภาพ	63. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข												
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตาม กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 สำนัก/กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะ สำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำ องค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การ ดำเนินการ โดยดำเนินการในปี 2561- 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด <table border="1" data-bbox="710 1440 1243 1785"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>หมวด 1,หมวด 5</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>หมวด 2,หมวด 4</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>หมวด 3,หมวด 6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนา องค์กร หมวดละ 1 แผน 4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 5. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร 	พ.ศ.	ภาคบังคับ	2561	หมวด 1,หมวด 5	2562	หมวด 2,หมวด 4	2563	หมวด 3,หมวด 6	2564	หมวด 1- 6	2565	หมวด 1- 6
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
2561	หมวด 1,หมวด 5												
2562	หมวด 2,หมวด 4												
2563	หมวด 3,หมวด 6												
2564	หมวด 1- 6												
2565	หมวด 1- 6												

	6. ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร /ผู้ตรวจประเมิน ภายนอก		
เกณฑ์เป้าหมาย			
1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและ ประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน	1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ	1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ	1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัด

<p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 2, หมวด 4)</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)</p>			<p>กระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 40)</p>
--	--	--	---

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 3, หมวด 6)</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)</p>

ปี 2564 :

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

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 6 หมวด</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)</p>

วิธีการประเมินผล :	ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน				
	1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน				
	เกณฑ์การให้คะแนน					
	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	
	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม	
2	ประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน					
พ.ศ.		เกณฑ์การให้คะแนน				
		0.50 คะแนน	1 คะแนน			
2561-2563		1 หมวด	2 หมวด			
2564-2565		ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด			
3	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน					
พ.ศ.		เกณฑ์การให้คะแนน				
		0.50 คะแนน	1 คะแนน			
2561-2563		มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด			
2564-2565		มีแผนไม่ครบ 6 หมวด	มีแผนครบ 6 หมวด			
4	จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน					
พ.ศ.		เกณฑ์การให้คะแนน				
		0.50 คะแนน	1 คะแนน			
2561-2563		1 หมวด	2 หมวด			
2564-2565		ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด			
5	ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ)					
1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง						
พ.ศ.		เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
2561	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	
2562	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	

2563	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
2564	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

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

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

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

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

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
2561	ร้อยละ 0	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
2562	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40
2563	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60

		2564	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80													
		2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100													
	<p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตาม เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2561</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตาม เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2562-2565</p>																			
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/																			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>ตัวชี้วัดใหม่</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td> <td>ระดับ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>							Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-
Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
		2558	2559	2560																
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 โทรสาร : 02-5901406 E-mail : oeysuwanna@gmail.com</p> <p>2. น.ส.อังคณาค์ หัวเมืองวิเชียร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ : 081-2558277 โทรสาร : 02-5901406 E-mail : lkung1038@gmail.com</p> <p>3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901963 โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444 โทรสาร : 02-5901406 E-mail : a.deethongon@gmail.com</p> <p>4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901963 โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954 โทรสาร : 02-5901406 E-mail : trekrittikas@gmail.com</p>																			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																			

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางภารวี แก้วพันทนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018 โทรสาร : 02-5901406 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079 E-mail : Paravee.kpr@gmail.com
---	---	---

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3			
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 730 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559) <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหา มาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/ มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/ กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน 			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
รายละเอียด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100			
2. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 80			
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต</p> <p>2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 730 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)
2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 74.25 (542 แห่ง จาก 730 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.30 (557 แห่ง จาก 730 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 78.36 (572 แห่ง จาก 730 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00 (584 แห่ง จาก 730 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 97.56 (160 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 98.17 (161 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 73.56 (537แห่ง จาก 730 แห่ง)	ร้อยละ 74.25 (542แห่ง จาก 730แห่ง)	ร้อยละ 76.30 (557แห่ง จาก 730แห่ง)	ร้อยละ 78.36 (572 แห่ง จาก 730แห่ง)	ร้อยละ 80.00 (584แห่ง จาก 730แห่ง)

เงื่อนไข :

1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง ประกอบด้วย
 - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง
 - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง
 - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง
 - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง

	<p>(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)</p> <p>2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 730 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)</p> <p>3. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ</p> <p>4. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</p>					
เอกสารสนับสนุน :	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560 (ไตรมาส 3)
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต)	แห่ง	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 96.36 (159 แห่งจาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 83.64 (138 แห่ง จาก 165 แห่ง)
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)	แห่ง	ร้อยละ 60.27 (446 จาก 740 แห่ง)	ร้อยละ 69.40 (515 จาก 742 แห่ง)	ร้อยละ 69.49 (542 จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 62.31 (486จาก 780 แห่ง)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรสาร :</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
	<p>2. แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรสาร :</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
	<p>3. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร :</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p>
	<p>4. นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร :</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 089-4784332 E-mail :</p>
	<p>5. นางสาววราภรณ์ อ้าช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรสาร :</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 E-mail :</p>
	<p>6. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรสาร :</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 095-6099869 E-mail :</p>
	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>	
	<p>1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906132 โทรสาร :</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
	<p>2. นายบรรพต ต่วนภูษา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906137 โทรสาร :</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 092-5526252 E-mail :</p>
	<p>กรมการแพทย์</p>	
	<p>1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903395 โทรสาร :</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 081-6409393 E-mail :</p>
	<p>2. นางสุมาลี ยุทธวรวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903379 โทรสาร :</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 099-5696293 E-mail :</p>
	<p>3. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903347</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 089-7974695</p>

	<p>โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908207 โทรศัพท์มือถือ : 086-7323712 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908092 โทรศัพท์มือถือ : 083-1396730 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-4784332 โทรสาร : E-mail :</p> <p>4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 โทรสาร : E-mail :</p> <p>5. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 095-6099869 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	65. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว			
คำนิยาม	<p>1. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาคมีส่วนร่วม 4) บุคลากรดี 5) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)</p> <p>2. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : (สะสม)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 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	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว</p> <p>C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3 ดาว</p>			

รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในปี 2560 (9,806 แห่ง)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ 2. อบรม ครู ก ครั้งที่ 1 3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตามปี 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.ติดตามระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	1. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 25 (สะสม)
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 50 (สะสม)
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 75 (สะสม)
ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 100 (สะสม)
วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต			
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม			

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

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	66. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล			
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9). 			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1. ไม่น้อยกว่า 25 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพ สาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข			
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย			
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายทุกสาเหตุ (คน)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการตายไม่ทราบสาเหตุ (คน)			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			

เกณฑ์การประเมิน :					
สาเหตุการตาย					
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
2561		ไม่น้อยกว่า 25 %		ไม่น้อยกว่า 25 %	
2562		ไม่น้อยกว่า 30 %		ไม่น้อยกว่า 30 %	
2563		ไม่น้อยกว่า 35 %		ไม่น้อยกว่า 35 %	
2564		ไม่น้อยกว่า 40 %		ไม่น้อยกว่า 40 %	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย(มรณบัตร)				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		วัด	2558	2559	2560
	1.สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill-define) ยกเว้น กรุงเทพมหานคร	ร้อยละ	-	8 จ.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 10.5	12 จ.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 15.8 (ข้อมูลรอบ 9 เดือน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ข้อมูลสาเหตุการตาย 1. นางสาววันวิสาข์ ขำมาก นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : aom_juice@hotmail.com กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาววันวิสาข์ ขำมาก นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : aom_juice@hotmail.com กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	67. ร้อยละของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))			
คำนิยาม	<p>Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการจัดการระบบสุขภาพ การเยี่ยม ติดตาม เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ หรือรับไว้รักษาต่อเนื่อง</p> <p>1. “การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ” หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่กำหนดไว้ เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ตามกลุ่มวัย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูล การคัดกรอง ข้อมูลโภชนาการ และข้อมูลการเฝ้าระวังในกลุ่มโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยใช้ข้อมูลในลักษณะของ Data Exchange ระหว่างหน่วยบริการในระบบด้วยกัน และการนำข้อมูล Data Exchange ในแต่ละรายการไปใช้ประโยชน์</p> <p>2. “การจัดการระบบสุขภาพ” หมายถึง การให้บริการข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็น ในการขึ้นทะเบียนขอทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยใหม่ของสถานบริการ หรือการร้องขอตรวจสอบข้อมูล (Update) ที่เป็นปัจจุบัน ผ่านระบบ Web Service และ ฐานข้อมูลกลาง (Smart Health ID) ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลที่อยู่ ข้อมูลการแพทย์ และ ข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2561 เป็น ระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 116 แห่ง</p> <p>“หน่วยบริการ” หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ที่จัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	รายการเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ	ร้อยละ 70		
	2.การจัดการระบบสุขภาพ	ร้อยละ60		
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้หน่วยบริการ สามารถจัดบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้อย่างเหมาะสม ในการเยี่ยมติดตาม เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ หรือรับไว้รักษาต่อเนื่อง</p> <p>2. เพื่อให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการวินิจฉัยโรค การสั่งการในการบำบัดรักษาโรคได้</p>			

	3. เป็นการบูรณาการข้อมูลภาครัฐ ตามนโยบายของรัฐบาล เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการ แก้ไขปัญหาการทำงานและลดความซ้ำซ้อนในการจัดการระบบ สุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จัดส่งข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข 2.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง จำนวน 116 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เก็บ Log Files การใช้งาน Data Exchange ของหน่วยบริการ ผ่าน ในระบบ HDC on Cloud หรือ HDC Service คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข 2. เก็บ Log Files การใช้งานการเรียกใช้งาน Web Service ผ่านระบบ Smart Health ID กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) 2. ระบบ Smart Health ID			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนครั้งการใช้งาน ระบบ Data Exchange ในแต่ละเรื่องแต่ละเดือน(12 เดือน) ของหน่วยบริการทั้งหมดในแต่ละจังหวัด			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเรื่องในระบบ Data Exchange ทั้งหมด 12 เดือนของหน่วยบริการทั้งหมด ที่จัดส่งข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าใช้งานในระบบ Smart Health ID			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง 116 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.การแลกเปลี่ยนข้อมูล = $(A1/B1) \times 100$ 2.การจัดการระบบสุขภาพ = $(A2/B2) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม, สิงหาคม)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
2.การจัดการระบบสุขภาพ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ				
2.การจัดการระบบสุขภาพ				

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ				
2.การจัดการระบบสุขภาพ				

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ				
2.การจัดการระบบสุขภาพ				

วิธีการประเมินผล :

1.“การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ”

ตรวจสอบการใช้งาน Data Exchange ของหน่วยบริการ ผ่าน Log Files ในระบบ HDC on Cloud หรือ HDC Service คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเน้นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลจริงหน่วยบริการ

ตัวอย่าง

ระบบ Data Exchange มีจำนวนเรื่องทั้งหมด 10 เรื่อง เก็บ Log การเข้าใช้งาน ราย หน่วยบริการ ในแต่ละเดือน เป้าหมายประเมิน 2 ครั้ง ประมาณเดือน มีนาคม และ สิงหาคม ฉะนั้นใน 1 เดือน หน่วยบริการ ควรเข้าใช้ครบ 10 เรื่อง 10 ครั้ง ถ้าประเมินทั้ง 12 เดือน จะเท่ากับ 120 ครั้ง/หน่วยบริการ จังหวัด ก มีหน่วยบริการ 130 แห่ง กรณีที่ประเมินรอบที่ 1 เดือนมีนาคม ถ้านับ 6 เดือน จะใช้จำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกใช้ระบบ Data Exchange อย่างน้อย 1 ครั้ง/เรื่อง/เดือน/หน่วยบริการ เป็นเกณฑ์ กรณีเรื่อง ไหนเรียกใช้มากกว่า 1 ครั้ง/เดือน ให้นับ 1 ครั้งเท่านั้น ผลการดำเนินงานตามรอบ 6 เดือน เช่น หน่วยบริการในจังหวัด ก เข้าใช้งานตามเงื่อนไขได้เท่ากับ 5,200 ครั้ง/130 แห่ง ก็จะมีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ $(5,200 \times 100) / 15,600$ เท่ากับ 33.33 เป็นต้น

2.“การจัดการระบบสุขภาพ”

ตรวจสอบการเรียกใช้งาน Web Service ผ่านระบบรายงานและ Log Files ของระบบ Smart Health ID กระทรวงสาธารณสุข โดยนับจำนวนหน่วยบริการ จำนวนครั้ง ความถี่ที่เรียกใช้งาน ในแต่ละเดือน รายคน(ตาม CID) รายครั้ง รายโรงพยาบาล และรายจังหวัด แต่ในปีงบประมาณ 2561 จะประเมินการเข้าถึงและใช้งานระบบ เท่านั้น

ตัวอย่าง

นับจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าใช้งานในระบบ Smart Health ID ของกระทรวงสาธารณสุข โดยถือการ Connect เข้าใช้งานระบบและเรียกดูข้อมูล โดยไตรมาสที่ 1 ต้องดำเนินการได้อย่างน้อย ร้อยละ 30 จำนวน 35 แห่ง และไตรมาสที่ 2 ต้องดำเนินการได้อย่างน้อย ร้อยละ 40 จำนวน 46 แห่ง เปรียบเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลศูนย์/

	โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมด 116 แห่ง ไตรมาสที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 35x100/116 เท่ากับ 30.17 เป็นต้น				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือการปฏิบัติงานการเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข ชุดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล ตามมติคณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (PHRs) ครั้งที่ 3/2560 เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2560 ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ <ol style="list-style-type: none"> กลุ่มข้อมูลที่ประชาชนดูแลตัวเอง ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต กลุ่มข้อมูลสำหรับประชาชน เช่น ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ-นามสกุล, อายุ, เพศ, ส่วนสูง, โรคประจำตัว, การแพ้ยา, กรู๊ปเลือด เป็นต้น ข้อมูลการตรวจสุขภาพ ข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มวัยข้อมูลการรักษาพยาบาล 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2558	2559
				-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นางทิพย์วรรณ ยงศิริวิทย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ท างาน : 02-5901210 โทรศัพท์มือถือ : 081-7804100 โทรสาร : 02-5901215 E-mail : thippawan.y@moph.mail.go.th นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	68. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)
คำนิยาม	<p>Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะมาจากแหล่งที่มาจากข้อมูลในระบบสารสนเทศ (EHRs) ของสถานพยาบาลโดยตรง ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วยเอง หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย</p> <p>“ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบ PHRs” หมายถึง ขั้นตอนของการพัฒนาระบบข้อมูล สุขภาพในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ของประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ผ่านขบวนการจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ สำเร็จตามข้อกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ (TOR) และช่วงเวลาที่กำหนด พร้อมสำหรับการใช้งาน</p> <p>“ข้อมูลสุขภาพ” หมายถึง ชุดข้อมูลตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐานด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของ กระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มวัย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ข้อมูลการ ได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูลการคัดกรอง ข้อมูลโภชนาการ เป็นต้น</p> <p>“การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง” หมายถึง ประชาชนมีสิทธิในการขอเข้าดูข้อมูลประวัติการ เจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านช่องทางหรือระบบที่รองรับ โดยทั้งนี้ต้องผ่าน กระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด และเป็นไปตาม มาตรฐานที่กำหนด</p> <p>“ประชาชนหรือผู้ป่วย” หมายถึง ผู้รับบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข ที่จัดส่งข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
รายการเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้	ร้อยละ 1.5			
2. ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs	ร้อยละ 70			

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา 2. เพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทัวถึง และเท่าเทียมผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนหรือผู้ป่วยที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี และเคยรับบริการจากโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข ที่จัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากระบบรายงานและเอกสารการส่งงาน ใช้ในการประเมินระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบ PHRs <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีแผนงานและแนวทางการดำเนินงานตามโครงการ (20 %) 1.2 ศึกษา วิเคราะห์และออกแบบระบบ พร้อมกำหนด TOR (20 %) 1.3 ขบวนการจัดจ้าง และพัฒนาระบบตาม TOR (20 %) 1.4 ทดสอบการใช้งานในพื้นที่นำร่อง และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ออกเป็น Product เพื่อการใช้งาน (20 %) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้ <ol style="list-style-type: none"> 1.5 ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ Application เพื่อติดตามประเมินผลการใช้งานผ่านระบบ LogFile และ Webservice (20 %) <ol style="list-style-type: none"> 1.5.1 การ Download Application ผ่าน App Store & Google Play 1.5.2 การลงทะเบียนใช้งานของประชาชนหรือผู้ป่วย กับ สถานบริการ 1.5.3 การเข้าใช้งานระบบ PHRs ของประชาชนหรือผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. เอกสารการส่งมอบงานและการตรวจรับ ตามระเบียบพัสดุ 2. ระบบข้อมูลสุขภาพ Personal Health Records (PHRs) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้ 3. ฐานข้อมูลกลางอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ผ่านช่องทางตามมาตรฐานที่กำหนด (Mobile App) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ในแต่ละจังหวัด ที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งหมด (ที่เป็นคนไทย และ TypeArea=1,3 เท่านั้น) อ้างอิงฐานประชากรในระบบ HDC
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ Login และเข้าใช้งานระบบ PHRs มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ลงทะเบียนใช้งานกับสถานบริการในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละของประชาชนที่ ลงทะเบียนและเข้าใช้งานระบบ PHRs = $(A2/B2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม และ สิงหาคม)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้	-	ร้อยละ 0.5	ร้อยละ 1.0	ร้อยละ 1.5
2.ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้				
2.ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs				

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้				
2.ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs				

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้				
2.ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs				

วิธีการประเมินผล :

ผลการประเมินวัดจากการเก็บข้อมูลตามวิธีการจัดเก็บ ข้อ 1.1-1.5 สำหรับขั้นตอน การดำเนินงานในส่วนของการจัดเตรียมระบบ ตั้งแต่ขั้นตอน การศึกษา วิเคราะห์ จัดทำแผนจัดจ้างกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ (TOR) จนถึงขั้นตอนการพัฒนาระบบ ทดสอบ การ ปรับปรุงแก้ไข และส่งมอบงาน จนถึงขั้นตอนการขึ้นทะเบียน Product และเผยแพร่

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางรุ่งนิกา อมาตยคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรสาร : 02-5901215	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

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

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

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

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 : พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มามีด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
วิธีการประเมินผล :	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	63,022	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง EMS	47,899	63,022	80,522
	476,281	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง ER visit	355,991	476,281	526,961
13.23	ร้อยละ	13.45	13.23	15.28	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางธณฉิรา ธนาศิริชัชนันท์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 โทรสาร : 02-8721669 E-mail : thunjira.t@niems.go.th 2. นางสินีนุช ไชยสิทธิ ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรศัพท์มือถือ : 081-8191669 โทรสาร : 02-8721603 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603 2. นางสินีนุช ไชยสิทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 089-0361669 E-mail : Kamolthip.s@niems.go.th ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																																
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																																
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																																
ระดับการแสดงผล	เขต																																
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน																																
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทดัชนีชี้วัด</th> <th>น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>1.1 $CR < 1.5$</td> <td>1</td> <td>$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.2 $QR < 1.0$</td> <td>1</td> <td>$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.3 $Cash < 0.8$</td> <td>1</td> <td>$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> </tr> <tr> <td>2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$</td> </tr> <tr> <td>3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน</td> </tr> <tr> <td>3.1 มิติ NWC หรือ ทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ</td> </tr> </tbody> </table>			ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย	1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์	1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน	2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$	3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน	3.1 มิติ NWC หรือ ทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย																															
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์																															
1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																															
1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																															
1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																															
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน																															
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																															
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$																															
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน																															
3.1 มิติ NWC หรือ ทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ																															

	รับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		
	a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
	ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสียหาย (Risk Score)	คำอธิบาย
	b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
	c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
	3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
	a) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
	b) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
	c) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน	0	
	3.3 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก	0	

3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2	
-----------------------------------	---	--

การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหามภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

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: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 1.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ 1.3 เฝ้าระวัง ติดตามประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ	1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

	มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)	<p>2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ</p> <p>2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน)</p> <p>2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน(ไตรมาส)</p>	<p>2.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p>
	มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	<p>3.1 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายจากการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ วิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR) - ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภท สิทธิ เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR) <p>3.2 เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาและใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน - ประเมิน/ควบคุมประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง - ประเมินและควบคุมประสิทธิภาพการบริหาร 	<p>3.1 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 ตัว (มากกว่า ระดับ B-) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</p>

	เจ้าหน้าที่ ลูกหนี้ สินค้าคงคลัง และค่าตอบแทนค้างจ่าย	
มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)	4.1 พัฒนาระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน 4.2 พัฒนาระบบการตรวจสอบบัญชี 4.3 พัฒนาระบบงานสารสนเทศด้านการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร (Executive Information System: EIS) 4.4 พัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS	4.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90(อิเล็กทรอนิกส์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (ผู้ตรวจสอบบัญชี) 4.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็นศูนย์ ต้นทุนนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณ เข้าระบบ GFMS ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
มาตรการ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)	5.1 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการเงิน (CFO) 5.2 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบบัญชี (Auditor)	5.1 ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลัง (CFO และ Auditor) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ค่าเป้าหมาย: ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลังที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 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.มีหลักเกณฑ์ในการปรับเปลี่ย วงเงินตามที่เขตกำหนด 2.ปรับเปลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/ เขต กำหนด 3.ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ ชดเชยตามเวลาที่กำหนด	1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด 2.รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตร มาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นราย เดือน
หน่วย บริการ	1.มีคณะกรรมการการเงินการคลัง ระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับ รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย 2.คณะกรรมการฯ มีแนวทางและ แผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่าย และลูกข่ายตามท่ส่วนกลาง/เขต กำหนด 3. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลข รายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่าย และลูกข่าย	1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC 2.รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตร มาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นราย เดือน 3.มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงิน ทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย 4. มีตัวเลขทั้งรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำ ทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย

มาตรการที่ 2 :

ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การ จัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวง กำหนด 2. วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผน ทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วย บริการในเขต (PlanFin Analysis) 3. ตรวจสอบ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผน และผลทางการเงิน (7 แผน) ของ จังหวัด	1.มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำ แผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด 2.ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำ แผนทางการเงินและความเสี่ยงของ หน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) 3.ผลการตรวจ อนุมัติ มีแผนการ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด
จังหวัด	1. กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อน นโยบายการจัดทำแผนทางการเงิน ตามกระทรวงกำหนด 2. ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงิน และความเสี่ยงของหน่วยบริการ	1.มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย การจัดทำแผนทางการเงินตาม กระทรวงกำหนด

	<p>ในจังหวัด</p> <p>3. ตรวจสอบ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน</p>	<p>2. มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการใน จังหวัด</p> <p>3. ผลการตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทาง การเงิน (7 แผน) รายเดือน</p>
หน่วยบริการ	<p>1. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของ เขต/ จังหวัด</p> <p>2. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>3. กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน รายเดือน (7 แผน)</p>	<p>1. หน่วยบริการมีผลต่างของแผน และผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p> <p>2. หน่วยบริการมีผลต่างของแผน และผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p>

มาตรการที่ 3 :

สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	<p>1. มีแนวทางการจัดซื้อร่วมระดับเขต</p> <p>2. มีแนวทางการบริหารจัดการ ค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง</p> <p>3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการกำกับ</p> <p>4. แผนประเมินประสิทธิภาพFAI (ไขว้จังหวัด)</p> <p>5. วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่</p>	<p>1. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้</p> <p>2. มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับเขต</p> <p>3. การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ทุกไตรมาส</p> <p>4. ประเมินประสิทธิ (FAI) ทุกไตรมาส</p> <p>5. มีระบบเฝ้าระวังและแผนการตรวจเยี่ยม</p>

	จังหวัด	1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต 2. การบริหารจัดการค่าตอบแทน ร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง 3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการการกำกับ 4. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด) 5. การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่	1. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ 2. ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ 3. หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว 4. หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) 5. แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่ที่มีความเสี่ยง วิกฤติ
	หน่วยบริการ	1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต 2. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทน ร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง 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 การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ควบคุม กำกับติดตามการส่งข้อมูลทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา 3. จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด	1. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน 2. แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด 3. รายงานผลการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ

	จังหวัด 1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำ บัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข 2. ติดตามผลการประเมินคุณภาพ บัญชีของหน่วยบริการและนำมา พัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ 3. ให้คำปรึกษา แนะนำการ ปฏิบัติงานด้านบัญชี	1.กำกับ ติดตามการส่งรายงาน ทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทุกเดือน 2. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่าน เกณฑ์การประเมินรายเดือน
	หน่วย บริการ 1.จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2.ส่งรายงานข้อมูลบททดลองให้ เป็นตามแนวทางที่กำหนด 3. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับ การตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบ ภายในและภายนอก	1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชี ที่มีคุณภาพรายเดือน 2. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดย ผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง

มาตรการที่ 5 :

พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1. แผนการประชุม CFO เขต 2. แผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditor ใน ระดับเขตร่วมกับกระทรวง	1.มีการประชุม CFO เขต รายไตรมาส 2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditorร่วมกับ กระทรวง
จังหวัด	1. แผนการประชุม CFO จังหวัด 2.แผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/ เขต	1.มีการประชุม CFO จังหวัด ราย ไตรมาส 2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/

	3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditor ใน ระดับจังหวัด	เขต 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFO และAuditor ใน ระดับจังหวัด
หน่วย บริการ	1. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP 2.แผนการอบรมผู้บริหารหน่วย บริการ 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFOของหน่วย บริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นัก บัญชี เป็นต้น	1.มีการประชุม CFO ระดับ CUP รายไตรมาส 2.มีแผนการอบรมผู้บริหารหน่วย บริการ 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น

การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin

ระดับ	การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin
เขต	1.เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ 2.เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการมีให้ มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตาม แนวทางในข้อ 1 และ การอนุมัติ 3.เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับ เฝ้าระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต 4.เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทาง วิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin
จังหวัด	1.จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคุมกับรายงานงบ การเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และมีระบบรายงานเขต 2.จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความ เสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตารางPlanFin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่ มีEBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า 20% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรอง น้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้ป็นระดับ 7 3.จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มี กระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงาน ลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง

	4.จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงินตลอดจน 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

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

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	6	4	2	0
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน 2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัลดสรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม			

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2

ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100		ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ 0		ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ 0		ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ 0	
วิธีการประเมินผล :		การวัด/วิเคราะห์					
เอกสารสนับสนุน :		รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2557	2558	2559	2560	
หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส
		<u>1/57</u>	<u>1/58</u>	<u>1/59</u>	<u>1/60</u>		
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
		11.58	6.31	8.71	0.56		
	ร้อยละ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส
		<u>2/57</u>	<u>2/58</u>	<u>2/59</u>	<u>2/60</u>		
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
		12.13	5.76	5.04	0.56		
	ร้อยละ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส
		<u>3/57</u>	<u>3/58</u>	<u>3/59</u>	<u>3/60</u>		
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
		12.91	12.19	9.83	3.23		
	ร้อยละ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส
		<u>4/57</u>	<u>4/58</u>	<u>4/59</u>	<u>4/60</u>		
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
		9.18	15.65	13.60			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์วิเชียร เทียนจารูวัฒนา			ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :			โทรศัพท์มือถือ : E-mail :			

	<p>2. นพ.ชุมพล นุชผ่อง รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : E-mail : resoke@hotmail.com</p> <p>3. นางอุทัย เกษรา กลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร และ ประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901595 โทรสาร : E-mail : kuthai2@hotmail.com</p> <p>4. นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและ ยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกัน สุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576 E-mail : nimanong_15@hotmail.com</p> <p>5. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576 E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576 E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

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

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว

ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีดังนี้

1. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อ เจริญธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ มีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา

2. เชิงวิชาการ ได้แก่ บทความวิชาการได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 หรือผลงานวิจัย/R2R ได้ถูกอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติ

3. เชิงนโยบาย หมายถึง ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาส่งเสริม รักษา ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้

4. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยมีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพไปถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ ไปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ

เอกสารสนับสนุน :

1. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่จังหวัดได้รวบรวมและวิเคราะห์จากหน่วยงานในจังหวัดส่งฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R2R ระดับเขตสุขภาพ ทั้ง 12 เขตสุขภาพ
2. เว็บไซต์ <http://www.thailand.digitaljournals.org> ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว
3. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่
4. บทความย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละผลงานวิจัย/R2Rด้าน สุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	-	-	48.48
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ดร.จุฬาพร กระเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>2. นางสุมาลี ศักดิ์ผิวผาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>3. นางชวิตา สุขนิรันดร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>4. นางมยุรี จงศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรสาร : 02-5919835</p> <p>5. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p>		<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737 E-mail : raksit-kamp@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694 E-mail : ladychavida@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p>		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. ดร.ณัฐธญา พัฒนะวานิชนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรสาร : 02-5901704</p> <p>2. ดร.สลักจิต ชุตินพงษ์วิเวท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรสาร : 02-5901704</p>		<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ ด้านกำลังคนสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 085-2476446 E-mail : nattaya-pa@hotmail.com</p> <p>นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : 081-8611196 E-mail : salakchit.c@dmsc.mail.go.th</p>		

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

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

	<p>งบประมาณเกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี หมายถึง งบดำเนินการที่เกี่ยวกับการวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทหารด้วยงบประมาณดำเนินการทั้งหมดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคุณด้วยหนึ่งร้อย</p> <p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 หมายถึง หน่วยงานระดับกรม ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัดเพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับการวิจัย ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="301 712 552 768">ปีงบประมาณ 61</th> <th data-bbox="552 712 798 768">ปีงบประมาณ 62</th> <th data-bbox="798 712 1043 768">ปีงบประมาณ 63</th> <th data-bbox="1043 712 1289 768">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="301 768 552 882">ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td data-bbox="552 768 798 882">ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td data-bbox="798 768 1043 882">ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> <td data-bbox="1043 768 1289 882">ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5						
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนา ให้กับนักวิจัยในสังกัด อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561</p>								
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> หน่วยงานระดับกรม จำนวน 8 กรม ได้แก่ กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน่วยงานระดับเขตสุขภาพ จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 								
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> รวบรวมข้อมูลงบประมาณที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดสรรให้ดำเนินงานเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จากทุกหน่วยงานระดับกรม และหน่วยงานระดับเขต ติดตามการรายงานผลการจัดสรรงบประมาณ จากทุกหน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับเขต บันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด รอบ 3,6,9, และ 12 เดือน จากหน่วยงานระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2561 www.http://healthkpi.moph.go.th(แสดงเป็นภาพรวมของแต่ละกรม และ แต่ละเขตสุขภาพ) 								
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูล Secondary Dataจากหน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับเขตและกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขhttp://healthkpi.moph.go.th 								

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

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

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	75. ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น			
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> • ยากลุ่มเป้าหมาย/รายการยากลุ่มเป้าหมาย คือ ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า • ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า คือ ยาที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูง (เรียงลำดับ) โดยผลรวมมีมูลค่าร้อยละ 50 ของมูลค่าทั้งหมด โดยมี 3 เงื่อนไข คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) ต้องเป็นยาที่มีความจำเป็นทางสาธารณสุข 2) ไม่สามารถผลิตได้เอง หรือผลิตเองน้อย 3) มีความเป็นไปได้ในการผลิตหรือนำเข้าทดแทน 			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียน ตำรับและพร้อมจำหน่าย ในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียน ตำรับและพร้อมจำหน่าย ในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 50 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียน ตำรับและพร้อมจำหน่าย ในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 80 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียน ตำรับและพร้อมจำหน่าย ในเชิงพาณิชย์
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและวัคซีนในราคาที่สามารถซื้อได้ที่ตั้งอยู่บนหลักความยั่งยืน ภายในระบบประกันสุขภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภคยา กองทุนประกันสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สืบค้นจากฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 15 ของรายการ ยากลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้	ร้อยละ 30 ของรายการ ยากลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้	ร้อยละ 45 ของรายการ ยากลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้	ร้อยละ 10 ของรายการ ยากลุ่มเป้าหมายได้รับ

คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์
--	--	--	--

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 50 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์

ปี 2564 :

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

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

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

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	76. ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน											
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้รับอนุญาตผลิตยาที่มียานวัตกรรมที่อยู่ระหว่างวิจัยพัฒนา (โดยเฉพาะยาที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุข มีศักยภาพทางการตลาด) เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ครบถ้วน และมีคุณภาพเพียงพอในการขึ้นทะเบียนตำรับยา โดยกระบวนการให้คำปรึกษา 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice ● ยานวัตกรรม หมายถึง ยาแผนปัจจุบัน (ยาเคมี และ ยาชีววัตถุ) ยาจากสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย <p>ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ นักวิจัยที่มีเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมใหม่ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนา เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลวิชาการด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพียงพอในการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้ รูปแบบการให้คำปรึกษามี 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice ● เครื่องมือแพทย์นวัตกรรม หมายถึง เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (non-IVD) และเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (in vitro diagnostic: IVD) ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)</td> <td>ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)</td> <td>ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)</td> <td>ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)									

วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุขยาและเครื่องมือแพทย์ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุขหรือมีศักยภาพทางการตลาด เพื่อการพึ่งพาตนเองของประเทศ อันจะนำไปสู่ความมั่นคงด้านยาและเครื่องมือแพทย์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
แหล่งข้อมูล	1. รายงานจากสำนักยา 2. รายงานจากสำนักงานรับรองประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3. รายงานจากหน่วยให้คำปรึกษาและส่งเสริมนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและได้รับการขึ้นทะเบียน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และผ่านการรับคำขอขึ้นทะเบียน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา การขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียน ได้ถูกต้อง และ อย. รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 28

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา การขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียน ได้ถูกต้อง และ อย. รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 30

	<p>ผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : worasuda@fda.moph.go.th <u>ปี 2562 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับยา)</u></p> <p>2. ญ. ดร. ธารกมล จันทรประภาพ หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907028 โทรศัพท์มือถือ : 089-1420456 โทรสาร : 02-5918463 E-mail : tankamol@fda.moph.go.th</p> <p>3. ญ. ดวงกมล ภักดีสัตยพงศ์ หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907163 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5907164 E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th</p> <p>● ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</p> <p><u>1. ด้านการให้คำปรึกษาด้านเครื่องมือแพทย์</u></p> <p>1. ดร. ญ. สิริณมาส คัชมาตย์ หัวหน้างานพัฒนาระบบ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907149 โทรศัพท์มือถือ : 094-0680068 โทรสาร : 02-5918445 E-mail : katchams@fda.moph.go.th</p> <p><u>2. ด้านการให้คำปรึกษาด้านขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์</u></p> <p>1. ญ. กรภัทร ตรีสารศรี หัวหน้างานกำกับดูแลก่อนออกสู่ตลาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907148 โทรศัพท์มือถือ : 081-7512057 โทรสาร : 02-5918445 E-mail : korrapat@fda.moph.go.th</p>
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางสาวจิตธาดา เซ่งเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786 โทรสาร : 02-5918457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ</p>

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

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				500 ตำรับ (ผลงานปีงบประมาณ 2560-2564) รวบรวม จัดทำเป็นประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจา นุเบกษา และจัดพิมพ์เป็น ตำรายาแผนไทยแห่งชาติ	
วิธีการประเมินผล :	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านการคัดเลือกแต่ละปี				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ต้นฉบับตำรับยาแผนไทยของชาติที่ผ่านการกลั่นกรองและคัดเลือก รายงานการประชุมคณะทำงานกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 3 คณะ รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ รายงานการประชุมคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยความสะดวกจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตำราการแพทย์แผนไทยที่ใช้อ้างอิง 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	จำนวน ตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ	ตำรับ	-	-	104 (ณ 25 ก.ย. 60)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> ภญ.ดร.อัญชลี จูทะพุทธิ ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก และ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรสาร : 02-5914409 E-mail : anchaleeuan@gmail.com นางเสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ ผู้อำนวยการกองคุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ พื้นบ้านไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608 โทรสาร : 02-5917808 E-mail : saowanee@dtam.moph.go.th 				

	<p>กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย</p> <p>3. นายนันท์ศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพทท์ที่ทำงาน : 02-1495608 โทรศัพทท์มือถือ : 085-4829029 โทรสาร : 02-5911095 E-mail : krittatach.dtam@gmail.com</p> <p>กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย</p> <p>4. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพทท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรศัพทท์มือถือ : 084-4391505 โทรสาร : 02-1495647 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกรรณา ทศพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพทท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพทท์มือถือ : 089-7243816 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>2. นางสาวศศิธร ไหญ่สถิตย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพทท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพทท์มือถือ : 086-8812521 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพทท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพทท์มือถือ : 082-7298989 โทรสาร : 02-9510218 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>

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

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

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนและชุมชน 2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. นักวิจัย 4. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณที่ ต้องการวัด		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายถึง : 5 ปี โดยตลอดระยะเวลา 5 ปี จะมีการประเมินผลทุกปี		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิตประจำปีงบประมาณ 2561	รายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้า การผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10 - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต ประจำปีงบประมาณ 2562	รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการ ผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้น ใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มี การใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการคุ้มครอง ผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต ประจำปีงบประมาณ 2563	รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการ ผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่ หรือพัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอต ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิต ประจำปีงบประมาณ 2564	รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอต ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการ ผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้น ใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอต ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอต ที่มีการใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560	เรื่อง	18	27	28
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเดือนฉนอม พรหมขัติแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 99121 โทรสาร : 02-9511297 2. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :		นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : E-mail:duanthanorm.p@dmsc.mail.go.th ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>2. นายจุมพต สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>3. นางสาวชิสา นันทกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jumepote.s@dmsc.mail.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : chisa.n@dmsc.mail.go.th</p>
--	---	---

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

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประมวลองค์ความรู้ งานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร เพื่อนำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือทางการตลาด	- รวบรวมและคัดเลือก ผลการวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร และดำเนินการ ให้ได้ครบ ทั้ง 10 เรื่อง	- ประสาน/วางแผน/ ดำเนินการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร มาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	- มีงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร หรือ การตลาด จำนวน 10 เรื่อง

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	การสำรวจงานวิจัยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร				
เอกสารสนับสนุน :	แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	จำนวนงานวิจัยที่มีการส่งต่อและนำไปใช้ประโยชน์	จำนวนเรื่อง	-	-	11
ข้อมูลสิ้นสุด ณ 30 กันยายน 2560					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495647 โทรสาร : 0-2149-5647 สถาบันการแพทย์แผนไทย		ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th		
	2. ดร.ภญ.มณฑกา อธิชัยสกุล		หัวหน้ากลุ่มวิจัยการแพทย์แผนไทย (สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย)		

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2243247 โทรศัพท์มือถือ : 083-1774297 โทรสาร : 02-2243247 E-mail : monthaka.t@gmail.com สถาบันการแพทย์แผนไทย 3. นางศรีจรรยา โชติก หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kungfu55@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกรรณา ทศพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน 2. นางสาวศศิธร ใหญ่สฤติย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com 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	15. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	80. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
คำนิยาม	<p>กฎหมาย หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติและอนุบัญญัติ กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ หมายถึง กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขที่ต้อง ออกตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 5 เรื่อง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 2. กฎหมายให้บริการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 3. กฎหมายช่วยเหลือมารดา ก่อนและหลังคลอด 4. กฎหมายหลักประกันสุขภาพ 5. กฎหมายการแพทย์ปฐมภูมิ <p>กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติที่เร่งด่วน หมายถึง กฎหมายประกาศใช้แล้วและต้อง ออกอนุบัญญัติโดยด่วนประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558 2. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 3. พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558 4. พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 5. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 6. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการ การแพทย์ พ.ศ. 2558 7. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 <p>กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน หมายถึง ร่างกฎหมายที่ร่างแล้วเสร็จออกไปจาก กระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่ยังไม่ผลบังคับใช้เป็นกฎหมาย จำนวน 7 ฉบับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและ ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 3. ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเซลล์บำบัด พ.ศ. 4. ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. 5. ร่างพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 6. ร่างพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 7. ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ.

กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตาม หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนหรือกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน

การแก้ไข หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการนิติบัญญัติในการออกกฎหมาย การแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการแปลกฎหมายกรณีกฎหมายที่ออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนต้องมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายลงในราชกิจจานุเบกษา กรณีกฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามให้สิ้นสุดกระบวนการเมื่อรัฐมนตรีลงนามส่งเรื่องไปสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

การแปลกฎหมาย หมายถึง การแปลกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติจาก ภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 39 ฉบับที่ตามรายชื่อแนบท้าย Template

การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

ในปีงบประมาณ 2560 จะบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญรวม 3 ประเด็น คือ

1. คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์
2. การโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ
3. การจัดการกับขยะมูลฝอย

ทั้งนี้ ตามรายชื่อกฎหมายแนบท้าย Template นี้

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด: ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา เป้าหมายมากกว่า ≥ 4

พิจารณาจากความสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายปีงบประมาณแยกเป็น 4 กลุ่มเป้าหมายดังนี้

กลุ่ม 1 กฎหมายออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนเป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

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

กลุ่ม 2 กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน เป้าหมาย ร้อยละ 50

เกณฑ์การให้คะแนน

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

กลุ่ม 3 กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามเป้าหมาย ร้อยละ 60

เกณฑ์การให้คะแนน

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

กลุ่ม 4 การแปลกฎหมาย เป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

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

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 90

กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 4 องค์ประกอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ

องค์ประกอบ	การดำเนินการ
1.	ต้องกำหนดการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงให้ความสำคัญเป็นตัวชี้วัดของนิติกรและผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านกฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและวางแผนการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย 1 ประเด็น ของกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บังคับใช้
2.	เข้าร่วมการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นในทุกช่องทางร้อยละ 75 ของที่มีการจัด
3.	ต้องมีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัดทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ เครือข่ายได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัด - การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเครือข่าย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพของเอกชนในจังหวัด สถานีวิทยุ โทรทัศน์หรือผู้ประกอบการสื่อสิ่งพิมพ์ในจังหวัดเจ้าหน้าที่สรรพสามิต พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการในจังหวัด - การจัดการกับขยะมูลฝอยเครือข่ายได้แก่ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการภายในจังหวัด โดยกิจกรรมที่ทำอาจเป็นการเชิญเข้ามาเป็นเครือข่ายหรือเชิญเข้าประชุมการบังคับใช้กฎหมายแต่ละเรื่อง หรือสร้างความสัมพันธ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือเข้ามาเป็นวิทยากรในการอบรมภายในจังหวัดหรือช่วยออกตรวจ หรือขอให้ร่วมประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องสร้างเครือข่ายอย่างน้อย 1 เครือข่ายตามประเด็นกฎหมายที่จะบังคับใช้

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

เกณฑ์การให้คะแนน

	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 50 38 แห่ง	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 60 46 แห่ง	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 70 53 แห่ง	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 80 61 แห่ง	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 90 68 แห่ง
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน 2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ 				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต 				
รายการข้อมูล 1 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	A = คะแนนกลุ่ม 1				
รายการข้อมูล 2 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	B = คะแนนกลุ่ม 2				
รายการข้อมูล 3 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	C = คะแนนกลุ่ม 3				
รายการข้อมูล 4 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	D = คะแนนกลุ่ม 4				
รายการข้อมูล 5 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	E = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ครบองค์ประกอบ				

รายการข้อมูล 6 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	F = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 1	เกณฑ์การให้คะแนนปี 2560 <table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่ม/คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กลุ่ม 1</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>กลุ่ม 2</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>กลุ่ม 3</td> <td>40</td> <td>45</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>กลุ่ม 4</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>จำนวนกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบทั้งหมด = (A+B+C+D)/4</p>	กลุ่ม/คะแนน	1	2	3	4	5	กลุ่ม 1	60	70	80	90	100	กลุ่ม 2	60	65	70	75	80	กลุ่ม 3	40	45	50	55	60	กลุ่ม 4	60	70	80	90	100										
กลุ่ม/คะแนน	1	2	3	4	5																																				
กลุ่ม 1	60	70	80	90	100																																				
กลุ่ม 2	60	65	70	75	80																																				
กลุ่ม 3	40	45	50	55	60																																				
กลุ่ม 4	60	70	80	90	100																																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ตามที่กำหนด = (E/F) x 100																																								
ระยะเวลาประเมินผล	1. ร้อยละของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขทำการประเมินไตรมาส 4 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทำการประเมินไตรมาส 2 และ 4																																								
เกณฑ์การประเมิน 1. ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา ปี 2561 : <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> ปี 2562 : <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> ปี 2563 : <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> ปี 2564 : <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> 2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ปี 2561 : <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2560 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2560 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	-	-	-																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	-	-	-																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	-	-	-																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	-	-	-																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2560 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ																																									

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา พิจารณาจากผลสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- | | |
|---|--|
| 1. นางสุดา ทองผดุงโรจน์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901438
โทรสาร : 02-5901434 | ผู้อำนวยการกองกฎหมาย
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th |
| 2. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437
โทรสาร : 02-5901434 | นิติกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th |
| 3. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437
โทรสาร : 02-5901434 | นิติกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th |
| 4. นายกิตติ พวงกนก
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432
โทรสาร : 02-5901434 | นิติกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th |
| 5. นางสาวอัยยาชินทร์ ฤทธิเลื่อน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 | นิติกร
โทรศัพท์มือถือ : |

	โทรสาร : 02-5901434 E-mail : legal@health.moph.go.th กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายกิตติ พวงกนก นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5901434 E-mail : legal@health.moph.go.th 2. นางสาวอัยยาชินทร์ ฤทธิเลื่อน นิติกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5901434 E-mail : legal@health.moph.go.th กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก

ก

(ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

1. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

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

2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

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

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

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายมีส่วนร่วม</u> ในการดำเนินงานด้าน <u>สุขภาพ</u>	ดำเนินการให้ <u>ชุมชน และภาคีเครือข่าย</u> <u>ร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพ ในงานที่ <u>หลากหลายและขยาย</u> <u>วงกว้างเพิ่มขึ้น</u>	<u>ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี</u> <u>ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับ <u>เครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u> และมีการขยายวงได้ <u>ค่อนข้างครอบคลุม</u>	<u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายร่วมคิด ร่วม</u> วางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการ <u>ทบทวน</u> <u>เรียนรู้ ปรับปรุง</u> กระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น	<u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายร่วม</u> ดำเนินการอย่าง <u>ครบวงจร</u> รวมทั้งการ <u>ประเมินผล</u> จน <u>ร่วมเป็นเจ้าของ</u> การดำเนินงาน <u>เครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u>	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ <u>ชัดเจน หรือเริ่ม</u> ดำเนินการในการ <u>ดูแลพัฒนา และสร้าง</u> <u>ความพึงพอใจ</u> ของบุคลากร	มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการ <u>ดูแลพัฒนา และสร้าง</u> <u>ความพึงพอใจ</u> ของบุคลากร <u>เพิ่มขึ้นในแต่ละ</u> หน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการ <u>ดูแลพัฒนาและ</u> <u>สร้างความพึงพอใจ และ</u> <u>ความผูกพัน (engagement)</u> ของบุคลากรให้ <u>สอดคล้องกับ</u> <u>ภารกิจที่จำเป็น</u> อย่างเป็นระบบ	<u>เครือข่ายสุขภาพมีการ</u> <u>เรียนรู้ ทบทวน</u> <u>กระบวนการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้าง</u> <u>ความผูกพัน</u> ของบุคลากรให้ <u>สอดคล้องกับบริบท</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่าย</u> ให้บุคลากรมี <u>ความสุข ภูมิใจ</u> <u>รับรู้คุณค่า</u> และเกิด <u>ความผูกพัน</u> ในงานของ <u>เครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u>	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

ประเด็นที่ 1: ผักและผลไม้สด

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

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

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

3. สสจ. ตรวจสอบประเมินและพัฒนาความพร้อมสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 (ภายในเดือน ธันวาคม 2560)

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

3.1.1.1 กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์

(กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์ในครั้งที่ 1 จะยังไม่มีเก็บตัวอย่าง) โดย สสจ. ส่งรายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 และส่งเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13(60) มายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th และ law.dreamt@gmail.com หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหาร(กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

3.1.1.2 กรณีสถานที่ผลิตไม่ผ่านตามเกณฑ์

สสจ. ให้คำแนะนำในการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านจากการตรวจประเมินครั้งที่ 1 ทุกแห่ง ตามคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดและดำเนินการตามแนวทางข้อที่ 3.2 (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัดนี้)

3.2 ครั้งที่ 2 (ระหว่างเดือนมกราคม 2561 – มีนาคม 2561)

3.2.1 กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์ในครั้งที่ 1

สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ตามบัญชีหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 1) และ บันทึกข้อมูลใบนำส่งตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 2) และรายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

วิธีการเก็บตัวอย่าง :

1) ปริมาณตัวอย่าง

ตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดกลาง เช่น ส้ม แตงกวา พริก เป็นต้น เก็บตัวอย่าง ปริมาณ 1 กิโลกรัม/ตัวอย่าง

ตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น กะหล่ำปลี แตงโม เป็นต้น **เก็บตัวอย่างปริมาณ 2 กิโลกรัม/ตัวอย่าง**

2) นำตัวอย่างผักหรือผลไม้ มาบรรจุในภาชนะบรรจุสำหรับเก็บตัวอย่าง เช่น ถุงพลาสติก คัดเทพกาวปิดภาชนะบรรจุที่บรรจุตัวอย่าง โดยให้รวบปากถุงแล้วคัดเทพกาวพันรอบปากถุง

3) ติดป้ายชี้บ่ง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ชื่อตัวอย่าง ชื่อที่ตั้งสถานที่เก็บตัวอย่าง จำนวนหรือปริมาณ วันที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง บนภาชนะที่บรรจุตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว (ควรเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิเย็น หรือบรรจุอุปกรณ์รักษาความเย็น (เช่น ice pack หรือน้ำแข็ง) ไว้ในกล่องที่เก็บตัวอย่างด้วย เพื่อควบคุมอุณหภูมิของผลิตภัณฑ์ตลอดระยะเวลาการขนส่ง)

หมายเหตุ การเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต จะส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการเอกชน (ซึ่งสำนักอาหารจะแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมอีกครั้ง)

3.2.2 กรณีสถานที่ผลิตไม่ผ่านเกณฑ์ในครั้งที่ 1 และได้รับคำแนะนำในการพัฒนา

1) สสจ. ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดนั้น โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจ ตามบัญชีหมายเลข 2 และใช้บันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัดนี้)

2) สสจ. ส่งรายงานในรูปแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 และส่งเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) มายัง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th และ law.dreamt@gmail.com หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายัง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

3) สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ตามบัญชีหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 1) และ บันทึกข้อมูลใบนำส่งตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 2) และรายงานในรูปแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

โดยมีวิธีการเก็บตัวอย่างตามที่ระบุแล้วข้างต้น

4. กิจกรรมการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ดำเนินการช่วงเดือนพฤศจิกายน 2560 – กรกฎาคม 2561) (ใช้สำหรับกรณีจังหวัดที่ไม่มีสถานที่ผลิต (คัดบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศฯ) ขอให้ สสจ. ดำเนินการดังนี้

4.1 กำหนดสถานที่และระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง ณ สถานที่จำหน่าย ในปีงบประมาณ 2561 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 1-2)

และส่งกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 25 กันยายน 2560

4.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ตามบัญชีหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 1) และ **บันทึกข้อมูลใบนำส่งตัวอย่างผักและผลไม้สด** (ตามเอกสารแนบ 2) และ **รายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2**

วิธีการเก็บตัวอย่าง :

1) ปริมาณตัวอย่าง

ตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดกลาง เช่น ส้ม แดงกวาง พริก เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 1 กิโลกรัม/ตัวอย่าง

ตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น กะหล่ำปลี แดงโม เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 2 กิโลกรัม/ตัวอย่าง

2) นำตัวอย่างผัก หรือ ผลไม้ มาบรรจุในภาชนะบรรจุสำหรับเก็บตัวอย่าง เช่น ถุงพลาสติก คัดเทพกาวปิดภาชนะบรรจุที่บรรจุตัวอย่าง โดยให้รวบปากถุงแล้วคัดเทพกาวพันรอบปากถุง

3) ติดป้ายชี้บ่ง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ชื่อตัวอย่าง ชื่อ-ที่ตั้งสถานที่เก็บตัวอย่าง จำนวนหรือปริมาณ วันที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง บนภาชนะที่บรรจุตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว (ควรเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิเย็น หรือบรรจุอุปกรณ์รักษาความเย็น (เช่น ice pack หรือน้ำแข็ง) ไว้ในกล่องที่เก็บตัวอย่างด้วย เพื่อควบคุมอุณหภูมิของผลิตภัณฑ์ตลอดระยะเวลาการขนส่ง)

4.3 ตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในวันจันทร์-พุธ ภายในเดือนที่กำหนด โดยส่งไปยังสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่าง ดังนี้

1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “ผักและผลไม้สด” ด้วยตัวอักษรสีแดง

2) ในช่องหมายเหตุระบุว่

- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด โครงการพัฒนาสถานที่ผลิต(คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด งบประมาณ พ.ศ. 2561

- ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (กองคป.)

หมายเหตุ การเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย ส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้งบประมาณที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตัดโอนไปให้สำหรับใช้ในกิจกรรมดังกล่าว

5. สสจ. รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือ แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายัง

สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงาน ดังนี้

ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน
1	ภายใน 20 ธ.ค. 60
2	ภายใน 20 มี.ค. 61
3	ภายใน 20 พ.ค. 61

หมายเหตุ : ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

6. การสนับสนุนจากส่วนกลาง (สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

6.1 งบประมาณ

1) สำหรับการลงพื้นที่เพื่อสำรวจ ประเมินและพัฒนาผู้ประกอบการ และสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่าย (แล้วแต่กรณี) โดยโอนงบประมาณให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2) สำหรับการตรวจวิเคราะห์สารเคมีทางการเกษตรตกค้างในผักและผลไม้สดตามประกาศฯ โดยโอนงบประมาณให้กับทางห้องปฏิบัติการ

6.2 คู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด

7. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช = $(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> ป.สธ เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ จัดอบรมชี้แจงแนวทางปฏิบัติตาม 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ สื่อ ประชาสัมพันธ์ ความรู้แก่ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถานการณ์การเฝ้าระวังผักและผลไม้ในประเทศ จัดกิจกรรมเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ 	

		<p>สดบางชนิดและการแสดงฉลาก</p> <ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในประเทศ จัดทำคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต(คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด และแนวทางการปฏิบัติตามกฎหมายสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ รายงานผลในระบบ <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>กฎหมายให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ร่วมติดตามการพัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด รายงานผลในระบบ <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>ผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่</p> <ul style="list-style-type: none"> พัฒนาสถานที่จำหน่าย (ค้าปลีก/ค้าส่ง) จัดทำฐานข้อมูลความปลอดภัยของผักและผลไม้สด รายงานผลในระบบ <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> ส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลในระบบ <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>
เกณฑ์การประเมิน (ต่อ) :					
	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในจังหวัด ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุก 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย รายงานผลมายัง <p>อย. ทาง kb@fda. moph.go.th</p>	<ul style="list-style-type: none"> สรุปผลการดำเนินงานและส่งต่อข้อมูลให้สำนักงานเกษตรจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนา/ปรับปรุง

		<p>แห่งที่มีอยู่ในจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> •ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด •สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต หรือสถานที่จำหน่าย เป้าหมาย •รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> •ติดตามตรวจสอบการพัฒนาสถานที่ผลิต (ผักและผลไม้สด) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์และตรวจประเมินซ้ำ •สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต เป้าหมาย •รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 		<p>การใช้สารเคมีทางการเกษตร</p> <ul style="list-style-type: none"> • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 				
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา								
เอกสารสนับสนุน :	-								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ โทรศัพท์ 02-590-7406</p> <p>ผู้ประสานงาน : นางสาวกนกเนตร รัตนจันท/นางสาวอติตา ชนะสิทธิ์ /นางสาวมนสุวีร์ไพชำนาญ โทรศัพท์ 02-590-7030</p>								
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>ส่วนกลาง</p> <table data-bbox="448 1816 1479 2031"> <tr> <td data-bbox="448 1816 919 1982">1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรสาร : 02-591-8460</td> <td data-bbox="919 1816 1479 1982">นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381 E-mail : planning.food@gmail.com</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1982 919 2031">2. น.ส. อติตา ชนะสิทธิ์</td> <td data-bbox="919 1982 1479 2031">นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ</td> </tr> </table>					1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรสาร : 02-591-8460	นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381 E-mail : planning.food@gmail.com	2. น.ส. อติตา ชนะสิทธิ์	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ
1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรสาร : 02-591-8460	นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381 E-mail : planning.food@gmail.com								
2. น.ส. อติตา ชนะสิทธิ์	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ								

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 083-079-3508</p> <p>โทรสาร : 02-591-8460</p> <p>E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>3. นางสาวมนสุวีร์ ไพษานาญ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725</p> <p>โทรสาร : 02-5918460</p> <p>E-mail : planning.food@gmail.com</p>	
<p>สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และส่งข้อมูลกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)</p>		

รายชื่อผักหรือผลไม้สด

แบบทำยตัวชี้วัด: ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลไม้สด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ¹
กล้วย (banana)	<i>Musa</i> spp.
เกาลัด (chestnuts)	<i>Castanea</i> spp.
แก้วมังกร (dragon fruit/pitaya)	<i>Hylocereus</i> spp.; <i>Hylocereus undatus</i> (Haw.) Britton & Rose; <i>Hylocereus megalanthus</i> (K. Schum. ex Vaupel) Ralf Bauer; <i>Hylocereus polyrhizus</i> (F.A.C. Weber) Britton & Rose; <i>Hylocereus ocamponis</i> (Salm-Dyck) Britton & Rose; <i>Hylocereus triangularis</i> (L.) Britton & Rose
แตงเทศ ได้แก่ แคนตาลูป (cantaloupe) และเมลอน (melon)	<i>Cucumis melo</i> L.
เงาะ (rambutan)	<i>Nephelium lappaceum</i> L.
ชมพู่ (java apple; wax jambu; wax apple; rose apple)	<i>Syzygium samarangense</i> (Blume) Merr. & L.M. Perry Syn. <i>Eugenia javanica</i> L.
แตงโม (watermelon)	<i>Citrullus lanatus</i> (Thunb.) Matsum. & Nakai Syn. <i>Citrullus vulgaris</i> Schrad.; <i>Colocynthis citrullus</i> (L.) Kuntze
ทับทิม (pomegranate)	<i>Punica granatum</i> L.
ฝรั่ง (guava)	<i>Psidium guajava</i> L.
พุทรา (jujube, Indian)	<i>Ziziphus mauritiana</i> L.; Syn. <i>Ziziphus jujuba</i> Mill.
มะม่วง (mango)	<i>Mangifera indica</i> L.
มะละกอ (papaya)	<i>Carica papaya</i> L.
ละมุด (sapodilla)	<i>Manilkara zapota</i> L.; Syn. <i>Manilkara achras</i> (Mill.) Fosberg; <i>Achras zapota</i> L.
ลำไย (longan)	<i>Dimocarpus longan</i> Lour.; Syn. <i>Nephelium longana</i> Cambess.; <i>Euphoria longana</i> Lam.
สตรอว์เบอร์รี่ (strawberries)	<i>Fragaria</i> × <i>ananassa</i> (Duchesne ex Weston) Duchesne ex Rozier
ส้มเปลือกอ่อน (mandarins)	<i>Citrus reticulata</i> Blanco และลูกผสม รวมทั้ง <i>Citrus nobilis</i> Lour.; <i>Citrus deliciosa</i> Ten.; <i>Citrus tangarina</i> Hort.; <i>Citrus mitis</i> Blanco Syn. <i>Citrus madurensis</i> Lour.; <i>Citrus unshiu</i> Marcow
ส้มเปลือกไม่อ่อน (oranges) เช่น ส้มเกลี้ยง	<i>Citrus sinensis</i> Osbeck, <i>Citrus aurantium</i> L. รวมทั้งลูกผสมและชนิด <i>Citrus myrtifolia</i> Raf.; <i>Citrus salicifolia</i> Raf.
สาละ (pear, oriental; Chinese pear; nashi pear; sand pear; snow pear)	<i>Pyrus pyrifolia</i> (Burm. f.) Nakai; <i>Pyrus lindleyi</i> Rehder; <i>Pyrus nivalis</i> Jacq.
องุ่น (grapes)	<i>Vitis vinifera</i> L.
แอปเปิล (apple)	<i>Malus domestica</i> Borkh.

¹ อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ผักสด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ²
กระเทียม (garlic) กระเทียมโทน และ กระเทียมจีน (onion, Chinese)	<i>Allium sativum</i> L. and <i>Allium chinense</i> G. Don; Syn. <i>Allium bakeri</i> Regel
กะหล่ำดอก (cauliflower) รวมทั้ง กะหล่ำเจดีย์ (romanesco broccoli)	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>botrytis</i> L.
กะหล่ำปลี (cabbages) รวมทั้ง กะหล่ำปลีโยน	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>capitata</i> L.
กุยช่าย (chives, Chinese)	<i>Allium tuberosum</i> Rottler ex Spreng.
ข่า (galangal)	<i>Languas galanga</i> (L.) Stunz; Syn. <i>Alpinia galanga</i> Sw.; <i>Languas officinarum</i> (Hance) Farwell; Syn. <i>Alpinia officinarum</i> Hance <i>Kaempferia galanga</i> L.
คะน้า (Chinese broccoli; Chinese kale)	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>alboglabra</i> (L.H. Bailey) Musil
แครอท (carrot)	<i>Daucus carota</i> L.
ต้นหอม (spring onion) และต้นหอม ญี่ปุ่น (onion, welsh; Japanese bunching onion; Chinese small onion; green onion)	<i>Allium cepa</i> L., White Portugal and <i>Allium fistulosum</i> L.
ถั่วงอก (bean sprout)	<i>Vigna radiata</i> (L.) R. Wilczek
ใบตำลึง (ivy gourd)	<i>Cocoinia grandis</i> (L.) Voigt
แตงกวา แตงร้าน (cucumber)	<i>Cucumis sativus</i> L.
ถั้วฝักยาว (yard-long bean)	<i>Vigna unguiculata</i> subsp. <i>sesquipedalis</i> (L.) Verdc.
ถั้วลันเตา (garden pea)	<i>Pisum sativum</i> var. <i>sativum</i>
บร็อกโคลี (broccoli) รวมทั้ง กะหล่ำ ดอกอิตาเลียน (broccoli, sprouting) แขนง	<i>Brassica oleracea</i> L. var. <i>italica</i> Plenck
กะเพรา โหระพา ใบแมงลัก (basil)	<i>Ocimum basilicum</i> L.; <i>Ocimum x africanum</i> Lour.; <i>Ocimum basilicum</i> L. <i>Ocimum x citrodorum</i> Vis.; <i>Ocimum minimum</i> L.; <i>Ocimum americanum</i> L.; <i>Ocimum gratissimum</i> L.; <i>Ocimum tenuiflorum</i> L.
ใบบัวบก (pennywort)	<i>Centella asiatica</i> (L.) Urb.
ผักปวยเล้ง (spinach)	<i>Spinacia oleracea</i> L.
ผักกาดขาวปลี (Chinese cabbage)	<i>Brassica rapa</i> L. subsp. <i>pekinensis</i> (Lour.) Kitam. Syn. <i>Brassica pekinensis</i> (Lour.) Rupr., <i>Brassica rapa</i> var. <i>pekinensis</i> (Lour.) Olsson

² อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ผักสด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ³
ผักโขม (amaranth)	<i>Amaranthus</i> spp.
ผักบุ้ง (kangkung/water spinach)	<i>Ipomoea aquatica</i> Forssk.
พริกเผ็ด (chili) รวมทั้งพริกชี้ฟ้า พริกหนุ่ม	<i>Capsicum annuum</i> L. พันธุ์ที่เผ็ดร้อน
พริกหวาน (peppers, sweet /peppers, bell) รวมทั้งปราปิกา (prapika)	<i>Capsicum annuum</i> var. <i>grossum</i> (Willd.) Sendt. and <i>Capsicum annuum</i> var. <i>longum</i> (DC.) Sendt.
ฟักทอง (pumpkins)	<i>Cucurbita maxima</i> Duchesne; <i>Cucurbita argyrosperma</i> C. Huber; <i>Cucurbita moschata</i> Duchesne; <i>Cucurbita pepo</i> L. and <i>Cucurbita pepo</i> subsp. <i>pepo</i>
มะเขือเทศ (tomato)	<i>Lycopersicon esculentum</i> Mill. Syn. <i>Solanum lycopersicum</i> L.
มะเขือเปราะ (Thai eggplant)	<i>Solanum undatum</i> Lam.
มันฝรั่ง (potato)	<i>Solanum tuberosum</i> L.
หอมแดง (shallot)	<i>Allium cepa</i> L. var. <i>aggregatum</i> G.Don.
เห็ด (mushrooms) ที่เพาะเลี้ยง เช่น เห็ดโคนญี่ปุ่น, เห็ดโคนสีเมจิ, เห็ดหูหนูดำ, เห็ดหลินจือ, เห็ดหอม, เห็ดฟาง, เห็ดหูหนูขาว เป็นต้น	เช่น <i>Agaricus</i> spp. พันธุ์ที่เพาะปลูก; <i>Agrocybe aegerita</i> ; <i>Hypsizygus tessellates</i> (Bull.) Singer; <i>Auricularia auricular-judea</i> (Bull.) Quél.; <i>Ganoderma lucidum</i> (Curtis) P. Karst., and other <i>Ganoderma</i> spp.; <i>Lentinula edodes</i> (Berk.) Pegler; <i>Volvariella volvacea</i> (Bull.) Singer; <i>Tremella fuciformis</i> Berk.; <i>Auricularia polytricha</i> (Mont.) Sacc.; <i>Termitomyces</i> sp. เป็นต้น

ประเด็นที่ 2: ผลผลิตภัณฑนมโรงเรียน

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

(3) ในช่องหมายเหตุระบุว่

• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

• **ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

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

1.2 กิจกรรมเฝ้าระวังประจำเดือน

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

โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง **ทุกเดือน** นอกเหนือจากแผนการเฝ้าระวังประจำปี **โดยกำหนดให้ผู้ประกอบการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์** และรายงานผลการดำเนินงานในแบบรายงานตัวชีวิตที่ 2

ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ **โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้**

(1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง

(2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า “รอบผู้ประกอบการ”

(3) ในช่องหมายเหตุระบุว่ **“ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

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

2. รายงานข้อมูล ดังนี้

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

ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน
1	ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2560 *
2	ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2561
3	ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2561*

	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> 4 ภายในวันที่ 15 กันยายน 2561 </div> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ ในการจัดสรรสิทธิ์</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p> <p>2.2 ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)</p> <p>3. อย. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ</p>															
แหล่งข้อมูล	<p><u>ส่วนกลาง</u> : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p><u>ส่วนภูมิภาค</u> : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่มีผลการตรวจวิเคราะห์มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่ส่งตรวจและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานทั้งหมด															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด = (A/B) × 100															
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส															
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">หน่วยงาน</th> <th style="width: 15%;">รอบ 3 เดือน</th> <th style="width: 15%;">รอบ 6 เดือน</th> <th style="width: 15%;">รอบ 9 เดือน</th> <th style="width: 15%;">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">อย./สสจ.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง </td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อย./สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง 					
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
อย./สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน • รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง 												

	<p>โทรสาร : 02-591-8460</p> <p>2. น.ส. อทิตา ชนะสิทธิ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030</p> <p>โทรสาร : 02-591-8460</p> <p>3. นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030</p> <p>โทรสาร : 02-5918460</p>	<p>E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 083-079-3508</p> <p>E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725</p> <p>E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานตัวชีวิตที่ 2 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และส่งข้อมูลกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น)</p>
--	---	--

ตารางแสดงคำแนะนำอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับน้ำหนักตัวอย่างผลิตภัณฑ์และจำนวนหน่วยที่เก็บ ต่อ

1 ตัวอย่าง

ลำดับ	รายการ	ปริมาณ x หน่วย
1	ผักและผลไม้สด	1 กิโลกรัม x 1
2	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ปริมาณรวม 100 กรัม ทั้งชนิดแห้งและชนิดเหลว
2	นมโรงเรียน (ชนิดพาสเจอร์ไรส์หรือยูเอชที)	ชนิดละ 200 มิลลิลิตร x 18 ตัวอย่าง

ทั้งนี้หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนให้ประสานกับหน่วยงานวิเคราะห์โดยตรง ซึ่งสามารถติดต่อสอบถามและขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แสดงในตาราง

ลำดับ	หน่วยงานวิเคราะห์	โทรศัพท์
1	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่	0-5311-2188-90
2	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1/1 เชียงราย	0-5317-6225-6
3	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก	055-322824-26 หรือ 0 5532 2824-6 ต่อ 121,117
4	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์	056-245618-20
5	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม	034-720-668-71
6	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี	038-784006 - 7, 038-783767, 038-784533
7	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 ขอนแก่น	043-240800
8	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี	042-207364-6
9	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 นครราชสีมา	044-346005 ถึง 044-346013
10	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี	045-312230-3
11	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี	077-355301 ถึง 6
12	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต	076-352041 ถึง 2
13	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา	074-330211,0-7433-0277
14	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง	075-501050-3
15	สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	0-2951-0000 ต่อ 99500-3, 99561-2

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมี

ประสิทธิภาพและยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิ ไบโอมไนด์ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบาย และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่อง ความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตาม บริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 2 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหา สำคัญในพื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการ ในพื้นที่</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิ ไบโอมไนด์หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 7 ประเด็น เน้นงานตามนโยบาย และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึก ข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความ น่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบท ของพื้นที่ อย่างน้อย 3 ประเด็น เน้นงาน ตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญใน พื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการ วางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิ ไบโอมไนด์หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น เน้นงานตามนโยบาย สำคัญ และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้ง มีการจัดการ เรื่องความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตาม บริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหา สำคัญในพื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการ ในพื้นที่</p>
<p><i>หมายเหตุ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) และพื้นที่ ที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิไบโอมไนด์ (จำนวน 27 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 53 จังหวัด</i></p>		
2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)		
<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงาน ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและมีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและส่งรายงานมายังคณะกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p>	<p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและมีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและส่งรายงานมายังคณะกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการ, การแต่งตั้งคณะทำงานโดยมีประชาชน มีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะทำงานระหว่างจังหวัดเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p>	<p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและมีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและส่งรายงานมายังคณะกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการ, การแต่งตั้งคณะทำงานโดยมีประชาชน มีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะทำงานระหว่างจังหวัดเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p> <p>2.8 มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปีของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p>
<p>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย</p>		
<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>	<p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน</p>	<p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p>
<p>4.มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)</p>		
<p>4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ <u>และมีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบาย</u> ให้หน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 25 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัย กำหนด)</p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพ <u>และ มีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบายให้หน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัย กำหนด)</p> <p>4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)</p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพ <u>และ มีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบาย ให้หน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัย กำหนด)</p> <p>4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)</p> <p>4.5 มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA)</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
		ระดับเกียรติบัตร อย่างน้อย 1 แห่ง และเป็นต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
<i>หมายเหตุ : อบท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา</i>		
5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน		
5.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว 5.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (3,654 ตำบล)	5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (3,654 ตำบล) 5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (3,654 ตำบล) 5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 5.3 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน
6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม		
มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 50 คะแนนขึ้นไป	มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 70 คะแนนขึ้นไป	มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 90 คะแนนขึ้นไป
<i>หมายเหตุ : หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง รพศ./รพท., รพช., รพ.สต.</i>		

มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

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

Heart rate >90 beats/min

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

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

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

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

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

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

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

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

Platelet count $<100,000$ μL

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

1. alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)

2. systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg

3. respiratory rate ≥ 22 /min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยเรื่อง บุคคลอื่น	ซึม แต่เรียกแล้วลืม คำสั่งทันที	ซึมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะตื่นคา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥ 1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1

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

Interpretation

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

องค์ประกอบของทีม Capture the fracture

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

หมายเหตุ : แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

รายการหัตถการแนบท้ายการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

(One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures)

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
1	Inguinal hernia	<p>Herniotomy herniorrhaphy Hernioplasty</p> <p>53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® <i>Excludes:</i> laparoscopic unilateral repair of inguinal hernia (17.11-17.13)</p> <p>53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS</p> <p>53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ® Direct and indirect inguinal hernia</p> <p>53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ®</p> <p>53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified</p> <p>53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ® <i>Excludes:</i> laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia (17.21 17.24)</p> <p>53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ®</p> <p>53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ®</p> <p>53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ®</p> <p>53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis®</p> <p>53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified</p>

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		<p>53.2 Unilateral repair of femoral hernia</p> <p>53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy</p> <p>53.3 Bilateral repair of femoral hernia</p> <p>53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy</p>
2	Hydrocele	<p>61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)</p> <p>Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis</p> <p><i>Excludes:</i> percutaneous aspiration of hydrocele (61.91)</p>
3	Hemorrhoid	<p>49.4 Procedures on hemorrhoids</p> <p>49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy</p> <p>49.45 Ligation of hemorrhoids</p> <p>49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS</p> <p>49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure</p>
4	Vaginal bleeding	<p>68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus</p> <p>68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus</p> <p>68.21 Division of endometrial synechiae Lysis of intraluminal uterine adhesions</p> <p>68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus</p> <p>68.23 Endometrial ablation</p> <p>Dilation and curettage</p> <p>Hysteroscopic endometrial ablation</p> <p>68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus Uterine myomectomy</p>
5	<i>Esophagogastric varices</i> (Esophageal varices, Gastric varices)	<p>42.33 Esophageal varices by endoscopic approach</p> <p>Control of esophageal Bleeding by endoscopic approach</p> <p>43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach</p> <p>44.43 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding</p> <p>Dx. I85.0 Oesophageal varices with bleeding</p> <p>I85.9 Oesophageal varices without bleeding</p>

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		I86.4 Gastric varices
6	Esophageal Stricture	<p>44.22 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site</p> <p>44.92 Dilation of esophagus Dilation of cardiac sphincter</p>
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	<p>42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus</p> <p>42.81 Insertion of permanent tube into esophagus</p> <p>Dx. C15.-Malignant neoplasm of oesophagus C16.-Malignant neoplasm of stomach</p>
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	<p>45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine <i>Excludes:</i> that by open approach (45.41)</p> <p>45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine Endoscopic ablation of tumor of large intestine Endoscopic control of colonic bleeding <i>Excludes:</i> Endoscopic polypectomy of large intestine (45.42)</p> <p>Dx. D12.6 Colon, unspecified polyposis (hereditary) of colon K63.5 Polyp of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp</p>
9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy
		<p>51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct</p> <p>Dx. K800: Calculus of gallbdr w ac cholecystitis</p>

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		<p>K801: Calculus of gallbdr w oth cholecystitis</p> <p>K802: Calculus of gallbdr w/o cholecystitis</p> <p>K803: Calculus of bile duct w cholangitis</p> <p>K804: Calculus of bile duct w cholecystitis</p> <p>K805: Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis</p>
10	<i>Pancreatic duct stone</i>	<p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct</p> <p>52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct</p> <p>Dx. K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus</p>
11	<i>Bile duct stricture</i>	<p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasabiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct</p> <p>Dx. C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma</p> <p>C23 Malignant neoplasm of gallbladder</p> <p>C24.- Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract</p> <p>C25.- Malignant neoplasm of pancreas</p> <p>K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gall bladder without calculus</p> <p>K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic dust or gallbladder without calculus</p> <p>K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of bile duct without calculus</p> <p>K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct</p> <p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: Postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture</p>
12	Pancreatic duct stricture	<p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct</p>

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct Dx. C25.- Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 51 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

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

หมายเหตุ * ข้อมูลประชากรจากสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

** ฐานข้อมูล TBCM ณ วันที่ 11 กันยายน 2560 กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค สำนักวัณโรค

***อาจมีการปรับเปลี่ยนเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2 ปี ย้อนหลัง			ค่าเป้าหมายอัตราความสำเร็จในการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (%) 2561
	2558	2559	ค่าเฉลี่ย	
ประเทศ	80.5	79.1	79.8	≥85
1 เชียงใหม่	76.6	78.0	77.3	≥85
2 พิษณุโลก	83.9	81.7	82.8	≥85
3 นครสวรรค์	78.6	80.5	79.6	≥85
4 สระบุรี	80.8	75.6	78.2	≥85
5 ราชบุรี	82.3	81.1	81.7	≥85
6 ชลบุรี	81.9	82.4	82.2	≥85
7 ขอนแก่น	80.8	82.3	81.6	≥85
8 อุตรธานี	83.2	80.8	82.0	≥85
9 นครราชสีมา	83.5	83.8	83.7	≥85
10 อุบลราชธานี	83.7	85.1	84.4	≥85
11 นครศรีธรรมราช	80.3	81.1	80.7	≥85
12 สงขลา	84.9	80.3	82.6	≥85
13 สปกม.	68.9	59.0	64.0	≥85

หมายเหตุ

- 1) ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2559) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 12 ตุลาคม 2560
- 2) ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 2 ปี ย้อนหลังจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 12 ตุลาคม 2560

เอกสารประกอบ

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

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

**เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป**

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆในพื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบอาชีพแรงงานในระบบ ประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) และการจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหาร คนปัจจุบัน หรือ ระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องโดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ และการจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีว-อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายตามบริบทของพื้นที่	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติ แผนงานระยะ 3-5 ปี (กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล เสนอแนะ (พิจารณาให้ข้อเสนอแนะจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีว-อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล		
03	การติดตามประเมินผลโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานของโรงพยาบาล (Clinic)	มีหลักฐานแสดงการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานและดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการ	0 1 2	- ไม่มีการติดตาม - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่ง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	รายงานฉบับสมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด - มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการครบทุกข้อ		
03	การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการทางด้านอาชีวอนามัย (Non Clinic)	มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินตามตัวชี้วัด อย่างน้อย 1 โครงการที่เป็นโครงการ High light หรือโครงการจุดเน้น	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะติดตาม - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น รายไตรมาส - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อใช้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
04	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยตามกรอบงานของกระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และครบจำนวนตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข หรือจำนวนตามข้อเสนอของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (ผ่านการอบรมหลักสูตรอาชีว- เวชศาสตร์ 2 เดือน หรือ	0 1 2	- ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมออกมาตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล, นักวิชาการ)		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>อนุมัติบัตร หรือวุฒิบัตรสาขาเวชกรรมป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์) อย่างน้อย 1 คน</p> <p>- พยาบาลอย่างน้อย 3 คน และผ่านการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติเฉพาะทาง อาชีวอนามัย หลักสูตร 4 เดือน อย่างน้อย 1 คน</p> <p>- นักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย/ อนามัยสิ่งแวดล้อม หรือปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตร์/สิ่งแวดล้อมที่ผ่านการ อบรมทางอาชีวอนามัยพื้นฐาน อย่างน้อย 1 คน)</p> <p>- แพทย์/พยาบาล/นักวิชาการต้องผ่านการ อบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่าง น้อย 1 คน</p>	3	- มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมี บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตาม คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และจำนวนครบ ตามกรอบโครงสร้างข้อเสนอของกรมควบคุม โรคกระทรวงสาธารณสุข		
05	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านอาชีวอนามัยและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (เข้าประชุม หรือรับการอบรมที่มีการพัฒนา องค์ความรู้ หรือศึกษาต่อ) ด้านอาชีวอนามัย และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและมีบุคลากรอย่าง น้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				- มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		
06	การจัดการความรู้ด้านงานอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีเอกสารแสดงหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ (KNOWLEDGE MANAGEMENT) ด้านการจัดการบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ รวมทั้งมีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี อย่างเช่น รายงานการทำ After Action Review :AAR) เช่น ทำ AAR หลังซ้อมดับเพลิง , case study , สุนทรียสนทนา(Dialogue) , ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) , เรื่องเล่าเร้าพลัง (Story tell) ฯลฯ และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดการบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ		
07	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการศึกษาวิจัย หรือการทำ R2R หรือ การสร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายใน	0 1	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		หรือภายนอกโรงพยาบาลในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการศึกษาวิจัย หรือการศึกษาวิจัยโดยกลุ่มงานเอง และมีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการ ในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	2 3	โดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
08	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานระดับจังหวัด และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานและงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการทำงานระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด: อสจจ. (ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535) หรือคณะทำงานอื่นๆที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดประชุม หรือ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด		

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

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
12	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน กำหนดหน่วยงานในโรงพยาบาล ด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	มีผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ และมีหลักฐานแสดงแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม หรือเฝ้าระวังสุขภาพ ที่สอดคล้องกับผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ -มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
13	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อ และแผนกของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิด ตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผล	0 1 2 3	-ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิด และครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับ วัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		ติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจาก การได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		
14	การควบคุมคุณภาพการเก็บ สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพและ การรายงานผลการตรวจตาม หลักวิชาการ	มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ การนำส่ง ตัวอย่างทางชีวภาพทั้งกลุ่มบุคลากรทาง การแพทย์ในโรงพยาบาล และผู้ประกอบการ อาชีพภายนอก (เพื่อวิเคราะห์หาสารเคมี/เมตา โบไลต์ของสารเคมีในเลือด ปัสสาวะ ฯลฯ) ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่ง ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เช่น ISO/IEC 17025, ISO 15189, มาตรฐาน สมาคมเทคนิคการแพทย์ ฯลฯ โดยมีเอกสาร อ้างอิงหรือแนวทางทางวิชาการที่ใช้ รวมทั้งมี เอกสารรับรองมาตรฐานคุณภาพของ ห้องปฏิบัติการทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่ง ตรวจ	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ -จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ และ รายงานผล -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทาง ปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ ได้รับการรับรองมาตรฐาน -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทาง ปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ ได้รับการรับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของ สารเคมีที่ส่งตรวจ		
15	การจัดทำรายงานผลการ ตรวจสุขภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงาน ของบุคลากร	มีรายงานสถานการณ์ผลการตรวจสุขภาพตาม ปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจสุขภาพทั่วไปและผล การตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานแผนกเสี่ยง วิเคราะห์และเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน สุขภาพ และ สภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1	-ไม่มีการจัดทำรายงาน -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อม การทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี -มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี โดยอาจพิจารณาใช้ตามแบบ RAH 06 ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ	2 3	-มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน		
16	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยอย่างน้อย 1 เรื่อง ปีละครั้ง	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
17	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	จัดทำ/ร่วมจัดทำแผน รวมทั้งการซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย เช่น มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมี	0 1 2	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน -ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		หรือรังสี ฯลฯ พร้อมทั้งสื่อสารแผนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ	3	-มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ		
18	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนก-เสี่ยง แต่ยังไม่ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับ ปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก		(สอบทวนเอกสาร)
19	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR) ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร $IFR = (\text{จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ในเวลาที่กำหนดตามปีปฏิทิน} / \text{จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในเวลาเดียวกัน}) \times 1,000,000$ หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมง	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร) $IFR = X * 1,000,000$ 1,680 * จำนวนบุคลากร

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		การทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ ทั้งหยุดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: การคิดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE)				
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10-19 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน						
20	การเดินสำรวจสถานประกอบ การ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เช่น แบบสำรวจสถานประกอบการของสำนักโรคจาก การประกอบอาชีพฯ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยง พร้อมทั้งมีรายงานสรุปที่แสดงถึงการให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการบริหารจัดการความเสี่ยงแก่สถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เสนอแนะ	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง -ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถานประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		(พิจารณาการสำรวจสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเป็นแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)				
21	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	มีรายงาน หรือหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหรือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ เป็นต้น	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและโปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การมีนวัตกรรมต่างๆ		(สอบทวนเอกสาร)
22	การสนับสนุนให้สถานประกอบการดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล	มีแนวปฏิบัติให้สถานประกอบการมีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล มีการสนับสนุนสถานประกอบการในการคัดกรอง ส่งต่อ ๆ เช่น การจัดประชุม/อบรมการวิธีการดำเนินงานคัดกรองส่งต่อ โดยมีรายชื่อสถานประกอบการ และเอกสารแสดงจำนวน	0 1 2	-ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน -มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล -มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการ		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ลูกจ้างที่สถานประกอบการส่งตัวมาเพื่อการวินิจฉัย/รักษาโรคจากการทำงาน	3	ทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง -มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน- ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการ ประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง		
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการดำเนินงาน จัดบริการอาชีว-อนามัย	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้าน อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น แรงงานในระบบ และหรือ แรงงานนอกระบบ โดยข้อมูลพื้นฐานควรประกอบด้วย - ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของ โรงพยาบาล จำนวนบุคลากร สิ่งคุกคามต่อ สุขภาพในแผนกต่างๆ สภาวะสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สถิติการเจ็บป่วยด้วย โรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของ บุคลากร เป็นต้น	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่ นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบการอาชีพ ครอบคลุมทั้ง บุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และ แรงงานนอกระบบ		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลพื้นฐานผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ประเภทกิจการ ที่ตั้ง จำนวน ขนาดของสถานประกอบการ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่งคุกคามหลักๆ - จำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ กลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น <p>เสนอแนะ</p> <p>(ให้ข้อเสนอแนะในการรวบรวมข้อมูลแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)</p>				
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่	<p>มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 1 โครงการ (การเฝ้าระวังทางสุขภาพคือ การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่น การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ) โดยมี การวิเคราะห์และจัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม (เฝ้าระวังกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพภายนอก)</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>-ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม</p> <p>-มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่</p> <p>-จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่</p> <p>-วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี</p>		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงานและโรคจาก สิ่งแวดล้อม	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุ ทั้งภายในและหรือภายนอกโรงพยาบาล โดย มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและ เผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ. และหน่วยอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้อง ผ่านช่องทางต่างๆ เช่นการประชุม คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการ วารสาร เว็บไซต์ฯฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุม โรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุ ภายในและภายนอกโรงพยาบาล -มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายใน หรือนอกโรงพยาบาล -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและ เผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ. และหน่วยอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้อง		(สอบสวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
26	จำนวนผู้รับบริการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจาก การทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้รับบริการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและ มีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัย เสี่ยงจากการทำงาน ลดลง เมื่อเทียบกับกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัย เสี่ยงจากการทำงาน เท่าเดิม เมื่อเทียบกับกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัย เสี่ยงจากการทำงาน เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อ		(สอบสวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				เพิ่มผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง จากการทำงาน		
27	จำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงานที่ได้รับการ จัดบริการอาชีวอนามัยเชิง รุก	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนสถานประกอบการ ที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยแต่ละปี เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมี การดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถาน ประกอบการ/สถานที่ทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ อาชีวอนามัย <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ อาชีวอนามัย <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ อาชีวอนามัย <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวน สถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน</u>		(สอบทวนเอกสาร)
28	การจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกันในสถาน ประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร	มีหลักฐาน เอกสารแสดงถึงคุณภาพการดำเนินงาน จัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถาน ประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุม ประเด็นสำคัญดังนี้	0 1	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถาน ประกอบการ หรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ ครอบคลุมประเด็น -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร อย่างน้อย 2 แห่ง		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>-การเดินทางสำรวจ การประเมิน การจัดระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและการให้ข้อเสนอแนะในการจัดการ บริหารจัดการความเสี่ยง</p> <p>-การจัดทำรายการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงให้ เหมาะกับความเสี่ยง และมีการจัดบริการตรวจสุขภาพ (ทั่วไปและตามปัจจัยเสี่ยง) โดยมีการวิเคราะห์ผลการ ตรวจสุขภาพดังกล่าว</p> <p>-การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้เหมาะสม กับสภาวะสุขภาพและความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อม การทำงาน</p> <p>-การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรองหรือ ส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน มายัง โรงพยาบาล</p> <p>-การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงาน บริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการ เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Return to Work เช่น การ กำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับ การ ประเมินที่โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการมีการ</p>	2	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง		
			3	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร 6 แห่งขึ้นไป		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน				
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20-28 (X)	=	ผลลัพธ์ = { (X)/27 } x 100 =.....%		
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ						
29	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะ พิจารณาการจัดทำแนวทางการเข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและควรมีล่ามเพื่อสื่อภาษาในกรณีมีการให้บริการแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก)	0 1 2 3	-ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ -มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการ เข้า ถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน่วยงาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
30	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ พื้นฐาน (เครื่องตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน เครื่องตรวจสอบสมรรถภาพการมองเห็น และ เครื่องตรวจสอบสมรรถภาพปอด) ที่ได้มาตรฐาน พร้อมใช้งานครบทุกตัว และได้รับการสอบ เทียบจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตาม ระยะเวลา โดยต้องมีเอกสารรับรองการสอบ เทียบของเครื่องตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน สอบเทียบอย่างน้อย 2 ปี/ครั้ง สำหรับ เครื่องตรวจสอบสมรรถภาพปอดจะต้องมีอุปกรณ์ สำหรับการปรับเทียบความถูกต้องก่อนการใช้ งานทุกครั้ง (กระบอกสูบล้างเทียบ)	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และ ได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
31	เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัด ระดับความดังเสียง และเครื่องวัดระดับความ ร้อน (ดัชนี WBGT)) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้ งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบกับ หน่วยงานภายนอกที่ได้รับการรับรอง ตาม ระยะเวลาอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง หรือตาม คู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสาร รับรองการสอบเทียบ	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และ ได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
32	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีพศาสตร์ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการ จากต่างประเทศ โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีวอนามัย และความปลอดภัย	0 1 2 3	0 -ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน 1 -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน 2 -มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ 3 - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
33	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	0 -ไม่มีการคัดกรอง 1 -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม 2 -มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม 3 -เสนอแนะ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		(จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าว แบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)		-มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		
34	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐานแสดงการบันทึกรายงานข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง และรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดยมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน -มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัยรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม -มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัยตามที่กำหนดไว้ -มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
35	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิดของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2	-ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	-มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
36	การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน	มีแนวปฏิบัติการและการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพโดยมีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนของผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน โดยมีรายงานการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง <u>ในรอบระยะเวลา 3 ปี</u>	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ -มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายและเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
37	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work) ในบุคลากรโรงพยาบาลหรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัดฯ ในการประเมินเบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยภายหลังการกลับเข้าทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน -มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		(ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)		-มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม		
38	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุทั้งจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการติดตามที่บ้าน หรือสถานประกอบการ จากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมารับการรักษาต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบอาชีพภายนอก รพ. อาจดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	0 1 2 3	-ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาต่อเนื่อง -มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง -มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
39	การประเมินความพึงพอใจการรับข้อมูลป้อนกลับการนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงานจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				-มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย		
40	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับ การซักประวัติเพื่อคัดกรอง โรคจากการทำงาน และโรค จากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรอง โรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม ด้วยการซักประวัติตามแบบฟอร์ม เพิ่มขึ้นเมื่อ เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และ มีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับ การคัดกรองโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ลดลง เมื่อเทียบกับปี ที่ผ่านมา -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เท่าเดิม เมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อ เพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการ ทำงาน</u>		(สอบทวนเอกสาร)
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29-40 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{ (X)/36 \} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
41	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อติดตาม/เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อเพื่อการรักษา (พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ -มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด -มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองและคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
42	การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวข้องเนื่อง	มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย และทำการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง และมีการสรุปหรือบันทึกผลการติดตามผู้ป่วย	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน -สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
43	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน -มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป		
44	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้มาจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ และข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการ	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพ พร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>สาธารณสุข หรือจากฐานข้อมูล ICD10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง หรือระบบรายงานอื่นๆ</p> <p>- มีการจัดทำแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง</p> <p>- สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ</p>				
45	<p>การสื่อสารความเสี่ยง ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา</p>	<p>มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสาร ความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสารความเสี่ยง การจัดนิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสาร ผ่านสื่อต่างๆ พร้อมทั้งมีการสรุปและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง และปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>-ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง</p> <p>-มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>-มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>-มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย</p>		
46	<p>การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่</p>	<p>มีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน เช่น ปัญหาหมอกควัน ปัญหาสารเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงานเกิดเพลิงไหม้ ฯลฯ และมีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/</p>	<p>0</p> <p>1</p>	<p>-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม</p> <p>-จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม</p>		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อ ผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูล สืบค้นสารเคมี ฯลฯรวมทั้งมีการซ่อมแผน (ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อย่างใดอย่างหนึ่ง) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2 3	- ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง - จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น		
47	การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ	มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม/เหตุร้องเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ ในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น สนับสนุนข้อมูลสุขภาพ หรือ เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็น ฯลฯ โดยพิจารณาจากหลักฐานต่างๆ เช่น หนังสือเชิญ เข้าร่วมประชุม/ให้ความเห็น หรือ ภาพถ่ายกิจกรรม หรือหนังสือขออนุเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของประชาชนจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อใช้ประกอบการประเมิน EIA/EHIA/HIA หรือ ใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม/เหตุร้องเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ ในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมมีการสรุปข้อมูลการดำเนินงานที่สำคัญของแต่ละกิจกรรมที่ได้	0 1 2 3	- ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการประเมินผลกระทบฯ - มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทนของโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการ หรือร่วมดำเนินการจัดการประเด็นปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการสนับสนุนข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่เข้าร่วมเพื่อ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ดำเนินงานในทะเบียนหรือบันทึกข้อมูลกิจกรรม		จัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม		
48	การวิเคราะห์และสรุปข้อมูลการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก	มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน หมายเหตุ : ให้พิจารณากรณีมีการรวบรวมข้อมูลไม่ถึง 3 ปี แต่มีการวิเคราะห์เชื่อมโยงหาสาเหตุเพื่อจัดการปัญหาได้ ก็ให้อยู่ในดุลพินิจของกรรมการตรวจประเมิน	0 1 2 3	-ไม่มีการรวบรวมข้อมูล -มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูลเชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และ ข้อมูลมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดในแผนการรวบรวมข้อมูล อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน -มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41-48 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

คะแนน	คำอธิบาย
3	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความโดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
2	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น

1	เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง ในบางเรื่อง บางด้านแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ
0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์ หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	27	(คะแนนที่ได้/27) x100	80%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	(คะแนนที่ได้/30)x 100	80%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	(คะแนนที่ได้/27)x 100	80%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	36	(คะแนนที่ได้/36)x 100	80%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	(คะแนนที่ได้/24) x100	50%ขึ้นไป *
รวม	48	150		

* หมายเหตุ

การแบ่งระดับโรงพยาบาลหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และ การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 ร้อยละ 80

ระดับ ดี

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

ระดับ ดีมาก

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

ระดับ ดีเด่น

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

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

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

ดีเด่น	80	80	80	80	80
--------	----	----	----	----	----

เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

คำชี้แจง

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

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
	1.1 การนำองค์กร					

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
01	ผู้บริหารระดับสูงของ โรงพยาบาลสนับสนุนการ ดำเนินงานด้านการ จัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการ จัดบริการอาชีวอนามัยแก่ บุคลากรใน โรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆในพื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบอาชีพแรงงานในระบบ ประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) และ การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแล สุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหารคนปัจจุบัน หรือระยะเวลา ไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและ ประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรใน โรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการ จัดบริการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการ อาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรใน โรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการ จัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากร ในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่ม อื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลาย ลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบาย ดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้าน		0	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน		

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	<p>อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลตามบริบทของพื้นที่</p>	<p>มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติ แผนงานระยะ 3-5 ปี (กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบการ อาชีพอื่นๆ และประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล</p> <p>(พิจารณาให้ข้อเสนอแนะจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล</p> <p>- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม</p> <p>- มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล</p>		
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						

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

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	3	- มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
07	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมการทำงาน และการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด หรืออำเภอ	เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานและการทำงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการทำงาน ระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.) หรือคณะทำงานอื่น ๆ ที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย โดยมีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุม คณะทำงานอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีเอกสารแสดงว่างานอาชีวอนามัยเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัดหรืออำเภอ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ ในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ อย่างน้อยปีละ <u>3 ครั้ง</u> - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
08	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย สนับสนุนบุคลากรในการร่วมออกปฏิบัติงาน เพื่อให้ รพ.สต.เกิดการดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงาน/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและมีรายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ วินิจฉัยรักษาโรคจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม) พร้อมทั้งมีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. ในเครือข่าย	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุนรพ.สต. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรม สิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-08 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100$	=.....%	
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
09	คณะกรรมการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อม ในการทำงานของ โรงพยาบาล	มีหลักฐานแสดงการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานและมีการรายงานการประชุมคณะกรรมการ โดยมีวาระ/มติ ที่เป็นข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	0 1 2	- ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุมโดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีวอนามัยฯ		

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				- นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
12	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อ และแผนของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิด ตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียง ที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว	0 1 2 3	- ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคน รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		
13	การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร	มีรายงานสถานการณ์ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจสุขภาพทั่วไปและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานแผนกเสี่ยงวิเคราะห์และเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1 2	- ไม่มีการจัดทำรายงาน - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี โดยอาจพิจารณาใช้ตามแบบ RAH 06 ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ	3	<ul style="list-style-type: none"> - มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน 		
14	การให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงถึงการดำเนินกิจกรรม การให้การอบรมทางด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมายทั้งภายในโรงพยาบาล <u>อย่างเป็นระบบ</u> แบบห้องเรียน (classroom) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยมีผลการประเมินการฝึกอบรม	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร - ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมาย - จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรมภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัย 		

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
17	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไป ครอบคลุมทุกแผนก		
18	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR) ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร $IFR = (\text{จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ในเวลาที่กำหนดตามปีปฏิทิน} / \text{จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในเวลาเดียวกัน}) \times 1,000,000$ หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ทั้งหยุดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: การคิดชั่วโมงการทำงาน	0 1 2	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ของบุคลากร = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE)	3	- อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09 -18 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\%$		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน						

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

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

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

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

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
27	การจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกันใน สถานประกอบการหรือ สถานที่ทำงานครบวงจร	มีหลักฐาน เอกสารแสดงถึงคุณภาพการ ดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย ด้าน ส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุม ประเด็นสำคัญดังนี้ - การเดินสำรวจ การประเมิน การจัด ระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและ การให้ข้อเสนอแนะในการจัดการบริหาร จัดการความเสี่ยง - การจัดทำรายการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัย เสี่ยงให้เหมาะสมกับความเสี่ยง และมีการ จัดบริการตรวจสอบสุขภาพ(ทั่วไปและตามปัจจัย เสี่ยง) โดยมีการวิเคราะห์ผลการตรวจสอบสุขภาพ ดังกล่าว - การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีวอนามัย และความปลอดภัยกับการส่งเสริมสุขภาพองค์ รวมให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพและความ เสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงาน - การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัด กรองหรือส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการ ทำงาน มายังโรงพยาบาล	0 1 2 3	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยใน สถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ ครอบคลุมประเด็น - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 1 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป		

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		- การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงานบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Return to Work เช่น การกำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการประเมินที่โรงพยาบาลหรือสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน				
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27(X) =		ผลลัพธ์ = $\{ (X)/27 \} \times 100$	=.....%	
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
28	การพัฒนาการเข้าถึงบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการ เข้ารับบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการ ประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทาง ต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ประเมิน และปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอนแนะ พิจารณาการจัดทำแนว ทางการเข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและควรมี ล่ามเพื่อสื่อภาษาในกรณีมีการให้บริการ แรงงานต่างด้าวจำนวนมาก)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับ บริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับ บริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุง กระบวนเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม		
29	การควบคุมคุณภาพการ ตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยง จากการทำงาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลัก วิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ของสำนัก โรคจากการประกอบอาชีพ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากร	0 1 2	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน - มีการตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยงจาก การทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้ มาตรฐาน - มีการตรวจสอบฯโดยบุคลากรที่ ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		จากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจาก กระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีพอนามัย และความปลอดภัย	3	ความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ - มีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		
30	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจาก กระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีพอนามัย และความปลอดภัยและมีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัดระดับความดังเสียง และ	0 1 2 3	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาขาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย - มีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เครื่องวัดระดับความร้อน (ดัชนี WBGT) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบกับห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามระยะเวลาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตามคู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสารรับรองการสอบเทียบ				
31	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการอาชีวอนามัย เสนอแนะ (จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าวแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		
32	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐานแสดงการบันทึกรายงานข้อมูลโรคจากการ	0 1	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคการทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แพ้ม และ รายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพฯของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดยมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	2 3	- มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน ตามแนวทางที่กำหนด - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ - มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		
33	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิดของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
34	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้า	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน	0	- ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน		

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ทำงาน (Return to work management)	(Return to work) ในบุคลากรโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ โรงพยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัดฯ ในการประเมินเบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกค้า และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยภายหลังการกลับเข้าทำงาน (ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)	1 2 3	- มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ - มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกค้า และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
35	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุที่แจ้งจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการติดตามที่บ้าน หรือสถานประกอบการจากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมารับการรักษาต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบการอาชีพภายนอก รพ. อาจดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง - มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
36	การประเมินความพึงพอใจการรับข้อมูลป้อนกลับการนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ - มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
37	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับ การช้ประวัติเพื่อคัดกรอง โรคจากการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรอง โรคจากการทำงานด้วยการช้ประวัติเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการ ทำงานลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการ ทำงาน เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการ ทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการ ทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ที่ ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวน - ผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28-37 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
38	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่ อาจได้รับผลกระทบต่อ สุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรอง ผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อติดตาม/เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อ เพื่อการรักษา	0 1 2	- ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจ ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจ ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามปัญหาในพื้นที่		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		(พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	3	<ul style="list-style-type: none"> - มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด - มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ 		
39	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน - มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป 		
40	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูล	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้มาจากการ	0 1	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	<p>เผื่อระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ และข้อมูลจากการเผื่อระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุข หรือจากฐานข้อมูลCD10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง หรือระบบรายงานอื่นๆ</p> <p>- มีการจัดทำแผนและดำเนินการเผื่อระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง</p> <p>- สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ</p>	2 3	<p>- มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม</p> <p>- มีการวางแผนและดำเนินการเผื่อระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- สรุปผลการดำเนินงานเผื่อระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ</p>		
41	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	<p>มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงด้านการเผื่อระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสารความเสี่ยง การจัดนิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสาร ผ่านสื่อต่างๆ พร้อมทั้งมีการสรุปและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง และปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย</p>	0 1 2 3	<p>- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง</p> <p>- มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุง</p>		

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

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

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

0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์ หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด
---	---

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลชุมชน

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	(คะแนนที่ได้/24) x100	70%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	(คะแนนที่ได้/30) x 100	70%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	(คะแนนที่ได้/27) x 100	70%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	10	30	(คะแนนที่ได้/30) x 100	70%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15	(คะแนนที่ได้/15) x100	50%ขึ้นไป *
รวม	42	126		

*หมายเหตุ

การแบ่งระดับโรงพยาบาลหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1,2 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และ การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 ร้อยละ 70

ระดับ ดี

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

ระดับ ดีมาก

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

ระดับ ดีเด่น

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

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้
ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

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

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

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 76 ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย

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

ที่มา : สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 80 ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
รายชื่อกฎหมายสำคัญที่เน้นในการบังคับใช้ ปีงบประมาณ พ.ศ.2560

1. คดีการให้บริการทางการแพทย์
2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ
 - 2.1 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
 - 2.2 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
 - 2.3 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558
 - 2.4 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
 - 2.5 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551
 - 2.6 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 2.7 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 2.8 พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอย
 - 3.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

กฎหมายที่ต้องดำเนินการแปลเป็นภาษาอังกฤษในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 39 ฉบับ (กลุ่ม 4)	
ลำดับที่	ชื่อกฎหมาย
1	พระราชบัญญัติกาชาด พ.ศ. 2499
2	พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550
3	พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
4	พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
5	พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
6	พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
7	พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542
8	พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558
9	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
10	พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542
11	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558
12	พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
13	พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
14	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
15	พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510
16	พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

กฎหมายที่ต้องดำเนินการแปลเป็นภาษาอังกฤษในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 39 ฉบับ (กลุ่ม 4)	
ลำดับที่	ชื่อกฎหมาย
17	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
18	พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533
19	พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551
20	พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535
21	พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558
22	พระราชบัญญัติองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. 2509
23	พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2558
24	พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528
25	พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
26	พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
27	พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559
28	พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2535
29	พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544
30	พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547
31	พระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547
32	พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
33	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
34	พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556
35	พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556
36	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552
37	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันวัคซีนแห่งชาติ(องค์การมหาชน)พ.ศ. 2555
38	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543
39	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558

ภาคผนวก

ข

(แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและ

แบบรายงานตัวชี้วัด)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

การคลอดมาตรฐาน

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

- 1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 80%)
- 2) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 40%)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- 1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 80%)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ทั้งหมด (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน $(A/B) \times 100$	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

2) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอตามมาตรฐาน (> 40%)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพ ของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพ ของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ทั้งหมด (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน การคลอตามมาตรฐาน (A/B)×100	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับ ตรวจ)				

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	ข้อเสนอแนะให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน

แบบสรุปลงรายงานกิจกรรมส่งเสริมเด็กวัยเรียนสมส่วน

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

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

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของ Healthy Ageing
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านผู้สูงอายุ

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

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

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

.....
.....

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

วิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

1. เครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควรเป็นเครื่องวัดความดันโลหิตแบบวัดที่แขนด้วยวิธี

Oscillometric

2. สิ่งแวดล้อมในที่วัดความดันโลหิต

2.1 วัดความดันโลหิตในที่ที่สงบเงียบ อุณหภูมิกำลังสบาย

2.2 นั่งวัดบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1-2 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต

2.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ

2.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่คาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

2.5 แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

2.6 อาจพิจารณาพันแผ่นผ้าพันต้นแขนทับแขนเสื้อที่บางเท่านั้น ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นผ้าพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง

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

แบบบันทึกการบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน

ตารางบันทึกค่าความดันโลหิต

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

ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = mmHg

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

แบบรายงานตัวชี้วัด 1-1 ร้อยละของสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้ที่ได้รับการประเมินและพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ สกุล ผู้รายงาน โทร. e mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อสถานที่ผลิต	ที่ตั้ง	ชนิดผักและผลไม้สดที่คัดและบรรจุ (ระบุสายพันธุ์)	ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต			การจัดทำฉลาก (มี/ไม่มี)			สถานที่กลุ่มเป้าหมายสำรวจเฝ้าระวัง			หมายเหตุ
				คะแนนรวม			ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต	เลขสถานที่ผลิต/นำเข้า	รหัสสัญลักษณ์หรือรูปแบบใดๆ บ่งชี้รุ่นการผลิต	ใช่	ไม่ใช่	ระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง (ระบุเดือน/ปี)	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อบกพร่อง							

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ / 02 590 7406.....

.....นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์ /นางสาววรวิญญ์ พูลสวัสดิ์ 02 590 7030.....

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 : ร้อยละของสถานที่ผลิต (กักและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ได้รับการประเมินและพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร.e-mail.....

วันที่รายงาน.....

วันที่เก็บตัวอย่าง

สถานที่เก็บตัวอย่าง ห้างค้าปลีก ตลาด ระบุชื่อร้าน/แผง หรือ อาคาร/ทะเบียนรถ.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ลำดับ	ชนิดผักผลไม้ (ระบุสายพันธุ์)	ชื่อสถานที่เก็บตัวอย่าง (ระบุชื่อห้าง/ตลาด)	ยี่ห้อสินค้า (ถ้ามีระบุ)	ฉลาก	รหัสสินค้า (ถ้ามีระบุ)	แหล่งที่มา (ถ้าทราบให้ ระบุชื่อและ ที่ตั้ง)	รายละเอียดอื่นๆ ของตัวอย่าง (ถ้ามีระบุ)					รายละเอียดผู้ขาย (ระบุชื่อ-เบอร์ติดต่อ)	ช่วงระยะเวลา ที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง (ระบุเดือน/ปี)	หมายเหตุ
							ชื่อผู้ผลิต	วันเดือนปี ที่ผลิต	Lot no.	เครื่องหมาย รับรอง	อื่นๆ			
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										

หมายเหตุ : 1. หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ โทร. 02-590-7406.....

ผู้ประสานงานตามตัวชี้วัด: นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์/นางสาวรวลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทร. 0-2590-7030

2. ส่งรายงานทาง e-mail : kb@fda.moph.go.th

แบบรายงานตัวชีวิตที่ 2

(ร่าง) แบบรายงานตัวชีวิต 2 : ร้อยละของสถานที่ผลิตนมโรงเรียนได้รับการตรวจประเมินและสุ่มเก็บตัวอย่างตามแผนที่กำหนด				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร. e-mail				
วันที่รายงาน				
1. กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี				
เลขที่	จำนวนสถานที่ผลิตที่ตรวจประเมินและเก็บตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการผลวิเคราะห์ (รายการ)
2/2560				
1/2561				
2. กิจกรรมเฝ้าระวังประจำเดือน				
เดือน	จำนวนสถานที่ผลิตที่เก็บตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการผลวิเคราะห์ (รายการ)
ค.ค.-60				
พ.ย.-60				
ธ.ค.-60				
ม.ค.-61				
ก.พ.-61				
มี.ค.-61				
เม.ย.-61				
พ.ค.-61				
มิ.ย.-61				
ก.ค.-61				
ส.ค.-61				
ก.ย.-61				
หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาวจิตินภา เหล่าใหญ่ชัย / 02-590-7206.....				
นางสาวกนกเนตร รัตนจันท / นางสาววรวิญญ์ หุสสวัสดิ์ 0-2590-7030				

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

สรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

หน่วยงาน.....

ประเภทที่เก็บ	รายการที่เก็บ	หัวข้อวิเคราะห์	สถานที่จัดเก็บ (โปรดเลือก)			จำนวนที่เก็บ	จำนวนที่ได้รับผลวิเคราะห์	ผลวิเคราะห์				สาเหตุที่ไม่เข้ามาตรฐาน		การดำเนินการในกรณีที่ไม่เข้ามาตรฐาน	
			ผลิต	นำเข้า	จำหน่าย			เข้ามาตรฐาน	ร้อยละ	ไม่เข้ามาตรฐาน	ร้อยละ	ระบุสาเหตุ	ระบุจำนวน		
1. เฝ้าร่วงปกติ															
1.1 เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ	- IV Set														
	- Suction														

ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายถึง กลุ่มประเภทผลิตภัณฑ์ที่เก็บ
 รายการที่เก็บ หมายถึง รายการย่อยที่เก็บ เช่น IV Set, Suction เป็นต้น
 หากสำนัก/กองใด ไม่แยกกลุ่มผลิตภัณฑ์ ก็สามารถใส่รายการย่อยที่เก็บได้เลย

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

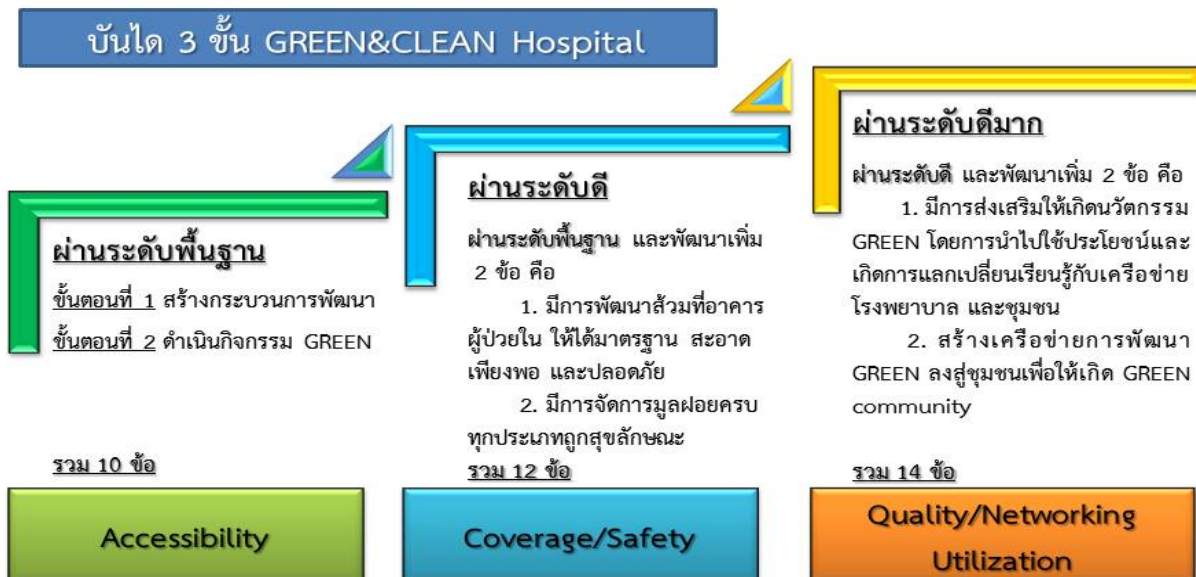
เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital

เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก

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

ในระดับดี เน้นความครอบคลุมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยเพิ่มกิจกรรม GREEN มา 2 ข้อคือ การพัฒนาส้วม IPD ให้ได้มาตรฐาน HAS และการจัดการมูลฝอยได้ครบทุกประเภท

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



แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

ชื่อโรงพยาบาล

จังหวัด

ศูนย์อนามัยที่.....

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการพัฒนา					
	<p>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</p>	<p>1. โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร</p> <p>2. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น</p> <p>4. มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>5. มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN					
ระดับพื้นฐาน					
G: Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	<p>โรงพยาบาลมีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยกำก้ำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 หัวข้อ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>บุคลากร</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิ การศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำก้ำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 1.2. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำก้ำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2. <u>การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด 2.2. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม 3. <u>การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ 3.2. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีก 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>ขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม</p> <p>3.3. มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>3.4. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น</p> <p>3.5. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง</p> <p>3.6. ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>4. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>4.1. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน</p> <p>4.2. ใช้รถเข็นเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย</p> <p>4.3. มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน</p> <p>4.4. มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวัน ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>5. <u>ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>5.1. มีพื้นและผนังทึบทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำและมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้</p> <p>5.2. มีข้อความสีแดงที่ระบุว่า “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น”</p> <p>5.3. มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่เกิดหล่นประจำรถเข็น</p> <p>6. <u>สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>6.1. เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด</p> <p>6.2. พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค</p> <p>6.3. มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน</p> <p>6.4. มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ไห้สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้</p> <p>6.5. มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย</p> <p>6.6. มีข้อความเป็นคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร</p> <p>7. <u>การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>7.1. กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง</p> <p>7.1.1. ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>7.1.2. ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน</p> <p>7.1.3. กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอย และห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้ตามลำดับหรือวิธีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำซึ่งต้องตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556</p> <p>7.2.กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้</p> <p>7.2.1. มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง</p> <p>7.2.2. มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556) และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อ พ.ศ. 2545</p>			
	<p>3 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกต้องลักษณะ</p>	<p>1. การให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยทั่วไป ตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยทั่วไป</p> <p>2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย อย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ (รอนำไปกำจัด)</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<ol style="list-style-type: none"> 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุดที่รัดกุม และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไปอย่างชัดเจน 5. ล้างทำความสะอาดรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจในแต่ละวัน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค 6. ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป มีพื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 7. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวัน เวลา ที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง 			
R: RESTROOM (การพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS))	4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	<p>อาคารผู้ป่วยนอก (Out Patient Department) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการเป็นจุดบริการแรกของผู้ป่วยต้องมาติดต่อ มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และไม่ได้รับไว้ค้างคืน</p> <p>อาคารผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย (HAS) ใน 16 ข้อ ได้แก่</p> <p>ความสะอาด (Health:H)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ 			

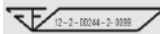
กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>ชั้นตึกน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้ 5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ 6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง 7. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น 8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด 9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ <p>ความเพียงพอ (Accessibility: A)</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์ และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่ <p>*ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ</p> <p>ความปลอดภัย (Safety: S)</p> <p>12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลับตา/เปลี่ยว</p> <p>13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน</p> <p>14. ประตูที่จับเปิด - ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้</p> <p>15. พื้นห้องส้วมแห้ง</p> <p>16. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ</p>			
E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5 มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	<p>มาตรการประหยัดพลังงาน หมายถึง การใช้พลังงานไฟฟ้า พลังงานเชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆ อย่างประหยัด ยกตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า - การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส - การใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool) - ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล - รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด เป็นต้น <p>และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีมาตรการการดำเนินงานการประหยัดพลังงานที่ชัดเจน 2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน 3. มีการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่สอดคล้องกับนโยบาย 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6 มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	<ol style="list-style-type: none"> มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มีความสะดวกในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ยุง และปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศได้ดี มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน เช่น กิจกรรม 5ส กิจกรรมสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place) เป็นต้น มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น 			
	7 มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	<ol style="list-style-type: none"> มีกิจกรรมให้ความรู้ โดยการสอน สาธิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ให้สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้อง จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดีและป้องกันบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
NUTRITION (การจัดการ สุขาภิบาลอาหาร และการจัดการน้ำ บริโภคใน โรงพยาบาล)	8 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยใน โรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน	สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้ 1. บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่าง เพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักมูลฝอยหรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย 2. บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวรแข็ง เรียบ มีสภาพดี และสะอาด 3. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมี เครื่องหมายแสดงการได้รับอนุญาตที่ถูกต้องของสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (เลขสารบบอาหาร 13 หลัก) 4. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มี คุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่าง น้อย 60 เซนติเมตร หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้ สะอาดก่อนนำมาปรุง 5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 6. การลำเลียงอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการ ปกปิดให้มิดชิด 7. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุ ที่ไม่มีพิษภัย เช่น สแตนเลส กระจ่างเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาวหรือสีอ่อน 8. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติด			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>เชื้อออกจากกัน</p> <p>9. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรค อ่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และต้องมีท่อระบายน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี</p> <p>10. ช้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด</p> <p>11. ใช้ถังมูลฝอยสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด</p> <p>12. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม -ปรุง ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วม</p> <p>13. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ</p> <p>14. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรคและโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้</p> <p>15. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน</p> <p>หากการจัดบริการอาหารในโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับพื้นฐาน 15 ข้อข้างต้นใน TOR และโรงพยาบาลควรให้คำแนะนำตามมาตรฐาน</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
	<p>9 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาล ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p>	<p>ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน 2. ไม่เตรียมปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น  เลขสารบบอาหาร หรือเครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.) 4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส 5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิดวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p> <p>8. เชียงและมีด ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้</p> <p>9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร</p> <p>10. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล</p> <p>11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา</p> <p>12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม</p> <p>13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบจำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด</p> <p>14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร</p> <p>15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
	10 จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ 2. มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (๑11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีมีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง 			
ระดับดี					
	11 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ	<p>มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท โดยเพิ่มการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ณ แหล่งกำเนิด 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างชัดเจน 5. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวันเวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง 			
	12 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด	<u>อาคารผู้ป่วยใน</u> (Ward) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการผู้ป่วย			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
	เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)	ที่פקค่างคีนเพื่อรักษาตัวในโรงพยาบาล และรวมถึงคลินิก/แผนกต่างๆ เช่น แผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรม แผนกสูติ - นรีเวช แผนกโรคผิวหนัง เป็นต้น อาคารผู้ป่วยในของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ใน 16 ข้อ			
ระดับดีมาก					
	13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	มีการสร้าง นวัตกรรม GREEN หมายถึง มีการทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีใหม่ๆ อาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การผลิต กระบวนการ หรือองค์กร หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น <ul style="list-style-type: none"> - Product Innovation คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของที่แตกต่างกันจากรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN - Process Innovation คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการดำเนินงานตาม GREEN - Service Innovation คือ การนำความคิดและแนวทางการดำเนินงานด้านการบริการรูปแบบใหม่ๆ ที่ผ่านการคิดอย่างเป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ มาใช้เป็นแนวทางการสร้างบริการที่แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		- Management Innovation คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสานการทำงาน รูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ๆ ในการบริหารจัดการสิ่งที่เป็น ประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN			
	14 สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	โรงพยาบาลร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรม GREEN ในชุมชน			

สรุปผลการประเมิน

ผ่านในระดับ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก

ต้องปรับปรุง (ข้อ

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้รับการประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>1.1 มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ อย่างเป็นระบบ</p>	<p>1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม กรณีที่มีพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่กำหนด หรือหากไม่มี ให้ใช้พื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาในพื้นที่นั้นๆ โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ</p> <p>* ข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม คือ พื้นที่เสี่ยงตามแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 ใน 46 จังหวัด ที่เป็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลัก คือ 1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเล็กทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ ทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ 3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)</p> <p>2) หากไม่มีทั้งพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่ระบุ และพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และควรมีดำเนินงานตามประเด็นตามนโยบายประเทศ เช่น ประเด็น ปัญหาตามนโยบายประเทศ ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น</p>	<p>1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามประเด็นในแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 คือ.....</p> <p>2) ประเด็นพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาหรือบริบทของพื้นที่ ที่ดำเนินการ คือ.....</p> <p>3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ..... (ได้แก่ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ระบบ NEHIS/ลักษณะอื่นๆ)</p>
<p>1.2 มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัด และมีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญของ</p>	<p>มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่จำเป็นของจังหวัด ซึ่งมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาจากสถานการณ์ที่มีข้อมูลข่าวสาร/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น/เหตุร้องเรียนต่างๆ/การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ มีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด</p>	<p>1) ประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่กำหนดในการจัดทำฐานข้อมูล คือ.....</p> <p>2) ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด ที่มีการจัดเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูล</p>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
จังหวัด อย่างเป็นระบบ	เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาล อาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ	คือ..... 3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ.....(ได้แก่ ระบบ NEHIS/ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ลักษณะอื่นๆ)
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยง ต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ใน ประเด็น..... 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำ สถานการณ์ เป็นต้น)
1.4 การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ	มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน <u>และ/ หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	- อธิบายวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และระบุประเด็นที่ทำการเฝ้าระวังในพื้นที่ มีประเด็นอะไรบ้าง
1.5 มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล	มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง/ เตือนภัย นำเข้าที่ประชุม อสธจ. การใช้ข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น	- อธิบายวิธีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ว่าใช้ประโยชน์จาก ข้อมูลใด อย่างไร
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยง ต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ใน ประเด็น..... 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำ

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
		สถานการณ์ เป็นต้น)
2. กลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.)		
2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	หน่วยงานมีกลุ่ม/ฝ่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มงานอื่นที่ได้รับมอบหมายงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือกฎหมายสาธารณสุข หรือมีคำสั่งมอบหมายให้รับผิดชอบงานฝ่ายเลขานุการ อสรจ.	กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด คือ
2.2 มีแผนการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีแผนการจัดประชุมฯ หรือโครงการที่แสดงถึงจำนวนครั้งการจัดประชุม กิจกรรม และงบประมาณการประชุม อสรจ. ที่เป็นปัจจุบัน	มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานการจัดประชุม อสรจ. คือ
2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีการดำเนินการตามแผนการจัดประชุม หรือโครงการ ตามข้อ 2.2 จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี หรือตามความเหมาะสม	กำหนดแผนการจัดประชุม.....ครั้งต่อไป และสามารถดำเนินการจัดประชุมได้.....ครั้งต่อปี (อธิบายปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน)
2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นทั่วไป หรือ ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของพื้นที่ หรือ ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ หรือประเด็นข้อกฎหมาย	มีข้อมูลนำเข้าที่ประชุมในวาระเพื่อพิจารณาในรูปแบบของเอกสาร หรือไฟล์ข้อมูล ให้ที่ประชุมประกอบการพิจารณาเพื่อมีมติต่อประเด็นดังกล่าว โดยข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นปัญหาพื้นที่เสี่ยง หรือประเด็นตามนโยบาย หรือประเด็นกฎหมาย <u>ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น <u>ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ</u> เช่น ประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลักคือ 1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมือง	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
	<p>เก่า ขยะอิเล็กทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาล้างแวล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เขม็องโปแตซ และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)</p> <p><u>ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิภูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโพนบรรจุอาหาร เป็นต้น</p> <p><u>ประเด็นกฎหมาย</u> เช่น 1) การออกข้อกำหนดท้องถิ่น/ใบอนุญาต/หนังสือรับรองการแจ้ง/การออกคำสั่งทางปกครอง/การเปรียบเทียบและดำเนินคดี 2) การจัดการเหตุรำคาญ 3) หรือปัญหาข้อกฎหมาย เช่น การตีความ/อำนาจการบังคับใช้/อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น</p>	
<p>2.5 มีมติและติดตามจากที่ประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p>	<p>1) มีมติจากที่ประชุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัด</p> <p>2) ฝ่ายเลขานุการ มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจากมติจากการประชุม</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>
<p>2.6 มีการรายงานการประชุม</p>	<p>มีการสรุปรายงานผลการประชุม และส่งข้อมูลให้แก่ศูนย์อนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อสรุปในภาพรวมของศูนย์อนามัยต่อไปตามแบบฟอร์มของศกม. ให้แก่ศูนย์อนามัยฯ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>
<p>3. การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน</p>		
<p>3.1 มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</p>	<p>1) จังหวัดมีนโยบายหรือกำหนดตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน</p> <p>2) มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
3.2 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	1) มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2) มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนงาน 3) มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน เพื่อผลักดันการทำงานให้ได้ตามแผนงาน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.3 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	1) มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 2) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน 3) มีการทบทวนปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ	บุคลากรของหน่วยงานผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้	1) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม.....คน 2) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่อปท. และสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ จำนวน.....คน
3.5 มีการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน	อปท. ที่สมัครฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน	1) จำนวนอปท.ที่สมัครเข้ารับการประเมินฯแห่ง 2) จำนวนอปท. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับพื้นฐานแห่ง
3.6 มีการพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการ	1) มีแผนในการลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดการบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 2) ลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
จัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 3) มีการพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพแล้วเสร็จ อย่างน้อย 1 แห่ง	
4. จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย		
4.1 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข (ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535) ที่เป็นปัจจุบัน	มีการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้แบบฟอร์มการจดทะเบียนข้อมูลตามที่กำหนด โดยมีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการอื่นๆ) และมีฐานข้อมูลของสถานบริการการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของแหล่งกำเนิดมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด ประกอบด้วย รพ.สต. รพ.รัฐ สังกัดหน่วยงานอื่นๆ รพ.เอกชน คลินิกเอกชน รพ.สัตว์ คลินิกสัตว์ รวมทั้งมีข้อมูลบริษัทที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	1) ฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีข้อมูล คือ
4.2 จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสธจ.	มีกลไกการดำเนินงานเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา มูลฝอยติดเชื้อของจังหวัด เช่น การใช้กลไก อสธจ. หรือกลไกอื่นๆ โดยต้องมีกลไกการประสานงานที่ชัดเจน เช่น มีการจัดประชุม การจัดทำคณะทำงาน เป็นต้น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
4.3 มีแผนและรายงานผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงาน ไปยังศูนย์อนามัยเพื่อรวบรวมข้อมูลระดับศูนย์ และส่งต่อให้ส่วนกลางต่อไป	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)		
5.1 จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็ง	มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5.2 จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) อย่างน้อยตำบล ตำบลละ 1 ชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> 1) สนับสนุนองค์ความรู้แก่อปท. ในการร่วมสร้างตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ 2) ส่งเสริมให้เกิดแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้าน อวล. อย่างน้อย 1 คนต่อชุมชน 3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้ 4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการ อวล. ของชุมชน 5) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิภณมูลฝอย/ น้ำ /หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1) อธิบายวิธีการดำเนินงาน 2) จำนวน รายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีการจัดการตัวเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
5.3 จังหวัดมีตำบลที่มีมีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	มีการดำเนินงานสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) และพัฒนาต่อยอดเป็นตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	ระบุวิธีการดำเนินงาน และรายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
6. การส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน ใน 36 จังหวัดพื้นที่เสี่ยง		
6.1 สนับสนุนข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพให้กับหน่วยบริการสุขภาพ	มีการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ทุกระดับในพื้นที่ที่มีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รพศ./รพท. / รพช. /รพ.สต./ สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เช่น อสจ. /ทสจ./ อสจ. /อปท./ สถานประกอบการ ฯลฯ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนข้อมูลรายงานสถานการณ์ฯ เว็บไซต์/ อินทราเน็ต (Intranet) ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.2 สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพมีการสำรวจทางสุขภาพหรือ ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง หรือ เฝ้าระวังสุขภาพตามความจำเป็น	มีการสนับสนุน/มีส่วนร่วม เพื่อการสำรวจข้อมูลหรือตรวจคัดกรองสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงาน โดย การประชุมชี้แจง การให้องค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง การร่วมลงพื้นที่ เป็นต้น พร้อมทั้งมีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.3 บริหารจัดการให้มีการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หลักฐานในการสนับสนุน/มีส่วนในการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการดำเนินงาน มีการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ เอกสารความรู้ การจัดประชุมให้ความรู้ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนให้พื้นที่มีการจัดทำนวัตกรรม หรือ กระบวนการ หรือ รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.4 ประสาน สนับสนุนให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การจัดประชุมชี้แจง การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย เพื่อให้ รพศ./รพท. รพช.	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
รพศ./รพท. /รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่เสี่ยง	และรพ.สต. เกิดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่กรมควบคุมโรคกำหนด พร้อมสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารทราบ	
6.5 ประสาน สนับสนุน ติดตาม ให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับชั้นเริ่มต้นพัฒนา	รพศ./รพท. ที่ได้รับการสนับสนุนการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตาม ข้อ 6.4 มีผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ในระดับ ชั้นเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7)
- (2) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 25)
- (3) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 5)
- (4) การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A (ร้อยละ 100)
- (5) การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S (ร้อยละ 80)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- (1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วง เวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I69) (B)	ร้อยละอัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (A/B) x 100	
อำเภอ....				
อำเภอ....				
อำเภอ....				
อำเภอ....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)(เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 25)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I62) (C)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตกจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I62) (D)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก (C/D) x100	
อำเภอ....				
อำเภอ....				
อำเภอ....				
อำเภอ....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 5)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายสถานะตายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I63) (E)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน จากทุกหอ ผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I63) (F)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตัน (E/F) x100	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

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

4. การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรดระบุ จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

5. การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรดระบุ จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

6. การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ M

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรดระบุ จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

* หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก

1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง
2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

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

.....

8. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อยุบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราตายทารกแรกเกิด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านทารกแรกเกิด

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

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

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

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

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่ เสียชีวิตต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิด มีชีวิต (B)	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A/B) x 1,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

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

2. สถานการณ์.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

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

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล (A)	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

แบบบันทึกการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าหน่วยบริการ.....รหัสสถานบริการ.....

(กรณีที่หน่วยต้องการรายงานให้กับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต)

ประจำเดือน

วันที่เข้ารับบริการ	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	เลขที่บัตรประชาชน	วันเดือนปีเกิด	อำเภอ	จังหวัด	รหัสโรคซึมเศร้า	คะแนน 9Q	คะแนน 8Q

หมายเหตุ

- วันที่เข้ารับบริการ คือ วันที่มารับบริการที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd เช่น 2013-09-07 : ตัวเลข 2013 คือ ปี ค.ศ. - 09 คือ เดือน กันยายน - 07 คือ วันที่ 7
- คำนำหน้าชื่อ ให้ลงข้อมูลเป็น นาย, นาง, นางสาว, น.ส., พระ
- เพศ ให้ลงข้อมูลในรูปแบบรหัส เพศชายให้ลงเป็น 1 เพศหญิงให้ลงเป็น 2
- เลขที่บัตรประชาชน ให้ลงข้อมูลในรูปแบบเลข 13 หลักของบัตรประชาชน
- วันเดือนปีเกิด ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd
- อำเภอ, จังหวัด คือ ที่อยู่ของผู้ป่วยที่มารักษาตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ให้ลงข้อมูลตามรูปแบบของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- รหัสโรคซึมเศร้า คือ รหัส ICD10 ตั้งแต่ F32, F33, F34.1, F38 และ F39 ให้ลงข้อมูลรูปแบบรหัส เช่น F32, F33,... เป็นต้น
- คะแนน 9Q, 8Q คือ คะแนนที่ประเมินได้จาก 9Q, 8Q ถ้ามีผลของการประเมินให้ลงข้อมูลรูปแบบตัวเลข เช่น 16, 10,... เป็นต้น

ผู้รายงาน.....

โทรศัพท์.....

E-mail.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล..... H code

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ไตรมาสที่1 (ต.ค- ธ.ค)	ไตรมาสที่2 (ม.ค-มี.ค)	ไตรมาสที่3 (เม.ย.- มิ.ย.)	ไตรมาสที่4 (ก.ค.-ก.ย.)	รวม
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด					
2	จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด					
3	อัตราตาย					
4	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)					
5	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic					
6	อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)					
7	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 4-5) ภายใน 3 ชม.					

หมายเหตุ :

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

นียมการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

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

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

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

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลัง วินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

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

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.}}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่ง อาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามค่านิยามที่กำหนด

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 38 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)

ในผู้ป่วย STEMI ได้

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- (1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%) โดยดำเนินการครบทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

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

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ในเขตที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A)	รพ. ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ทั้งหมดในเขตนั้นๆ (B)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่ม เลือด (Fibrinolytic drug) ใน ผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 39 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) (A)	จำนวนประชากรกลาง ในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัด ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่ รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ≤ 4 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 41 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 12 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C22, C24) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x 100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ข้อเสนอแนะต่อยุบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 42 อัตราตายจากมะเร็งปอด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 12 เดือน)

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

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C33-C34) (A)	จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด $(A/B) \times 100,000$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ข้อเสนอแนะต่อยุบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 43 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr

(เป้าหมาย: > 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2561)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr

(เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560)

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

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านตา

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 85% ของเป้าหมาย)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 85% ของเป้าหมาย)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (A)	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย (B)	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 45 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

สถานการณ์ด้านการปลูกถ่ายไต.....

2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

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

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

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

4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

5 ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

6 นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 47 ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

(เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

(เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

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

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ One day surgery : ODS

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

(เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์

- อังกฤษผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 65% อเมริกาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก >60% ค.ศ.2016 จะเพิ่มขึ้นถึง 75% ประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้สาเหตุสำคัญคือการขาดเครือข่ายโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน
- ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า one day surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้จนเกือบครบครันได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติ ในการรักษาพยาบาลลงมาก
- ผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการวันนอนเฉลี่ย 3 วัน, ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

(เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข ในการเข้ารับการผ่าตัด แบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของจำนวน ผู้ป่วยที่เข้ารับการ ผ่าตัดแบบ One Day Surgery (A/B)x 10	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 49 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery(MIS)

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery

(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery

(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข ในการเข้ารับการผ่าตัด แบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้า รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 50 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
(ทั้งที่ ER และ Admit)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (A)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B)	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (A/B) X 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม

สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา

เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... วันที่รายงาน.....

ผู้รายงาน (นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

ลำดับ	รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมฯ	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
รวม	แห่ง	แห่ง	
ร้อยละผ่านเกณฑ์ฯ		ร้อยละ.....	

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

แบบ OHS.SA:รพศ./รพท.

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... จำนวนเตียง.....เตียง ระดับ () รพศ. () รพท.
2. โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน () HA () HPH () HNQA () ISO.....() มอก..... () อื่นๆ (ระบุ).....
3. จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....คน จำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลคน
4. โรงพยาบาลมีการจัดตั้งกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่
5. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมได้แบ่งงานออกเป็น 5 งาน ตามกรอบโครงสร้างกลุ่มงานฯของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่
6. จำนวนบุคลากรด้านวิชาการทั้งหมดในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม (ไม่รวมธุรการ, พนักงานบันทึกข้อมูล).....คน
(กรณีที่ยังรวมอยู่ในกลุ่มเวชกรรมสังคม ระบุจำนวนผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย.....คน)
 - 6.1 จำนวนแพทย์คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน)คน
อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน
 - 6.2 จำนวนพยาบาล.....คน
จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.....คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน)คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง).....คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ.....คน
 - 6.3 จำนวนนักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม.....คน
จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย.....คน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อมคน
จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์คน คุณวุฒิอื่นๆ.....คน
 - 6.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ.....คน

ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ

คำชี้แจง

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง			
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีว-อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายตามบริบทของพื้นที่	0 1 2	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	อาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อ ดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพ อื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่าง หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอก โรงพยาบาล			
03	การติดตามประเมินผล โครงการ พัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน ของโรงพยาบาล (Clinic)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจาก การทำงาน - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจาก การทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่งรายงานฉบับ สมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด - มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการ ครบทุกข้อ			
03	การติดตามประเมินผลแผนงาน/ โครงการทางด้าน อาชีวอนามัย (Non Clinic)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะติดตาม - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น รายไตรมาส - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อใช้ในการ จัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
04	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยตามกรอบงานของกระทรวงสาธารณสุข	0 1 2 3	- ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีพเวชกรรมออกมาตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล,นักวิชาการ) - มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งและจำนวนครบตามกรอบโครงสร้างข้อเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข			
05	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ			
06	การจัดการความรู้ด้านงาน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	- มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้ และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี			
		3	- มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ			
07	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางาน ทางด้านอาชีวอนามัยและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0	- ไม่มีการศึกษาวิจัย			
		1	- มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัย หรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับ หน่วยงานอื่นๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล			
		2	- มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดย ตนเอง			
		3	- มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวที วิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา			
08	การทำงานร่วมกับเครือข่าย ภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางาน อาชีวอนามัย ความปลอดภัยและ สภาพแวดล้อมการทำงานระดับ จังหวัด และเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	0	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน			
		1	- เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในพื้นที่			
		2	- มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมอย่างน้อย ปีละ 3 ครั้ง			
		3	- มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
09	การสนับสนุนให้โรงพยาบาล ชุมชนดำเนินการจัดบริการ อาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพช. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุน รพช. ให้มีการจัดบริการอาชีว-อนามัย หรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X) / 27\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อการบริหาร จัดการความเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกใน โรงพยาบาล -มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความ เสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง -มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตาม แผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร			
11	การควบคุมคุณภาพการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการ ทำงาน	0 1 2	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตาม มาตรฐาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน -มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-มีการตรวจสอบสุขภาพโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ			
12	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน แก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วย เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ -มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน			
13	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยง ของงานแก่บุคลากรใน โรงพยาบาล	0 1 2 3	-ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
14	การควบคุมคุณภาพการเก็บ สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพและการ รายงานผลการตรวจตามหลัก วิชาการ	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ -จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ และรายงานผล -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติ ทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการ รับรองมาตรฐาน -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติ ทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการ รับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ			
15	การจัดทำรายงานผลการตรวจ สุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากร	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำรายงาน -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี -มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจ สภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยง ระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงาน			
16	การจัดทำคู่มือ/แนวทาง ปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยใน การทำงานสำหรับบุคลากรใน	0 1	-ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความ ปลอดภัยในการทำงาน -มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	โรงพยาบาล	2 3	ปลอดภัยในการทำงาน -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ปลอดภัยในการทำงาน 3 -นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน			
17	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม 1 -ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน 2 -ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล 3 -มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ			
18	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล 1 -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ 2 -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ 3 -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป ครอบคลุมทุกแผนก			
19	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจาก การทำงานของบุคลากรใน โรงพยาบาล	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่ม บุคลากร -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10-19 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน						
20	การเดินสำรวจสถานประกอบ- การ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการ บริหารจัดการความเสี่ยง	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่- ทำงาน -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่- ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง -ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน-ประกอบการ/ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการ ความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหาร จัดการความเสี่ยง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
21	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการวางแผน และออกแบบโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การมีนวัตกรรมต่างๆ			
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการทำงานมายังหน่วย ให้บริการอาชีวอนามัยของ โรงพยาบาล	0 1 2 3	-ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน -มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรค จากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล -มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่ง ต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วย ให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง -มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการ อื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุง ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง			
3.2 การเฝ้าระวัง สบสสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการ	0 1	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	ดำเนินงานจัดบริการอาชีว- อนามัย	2 3	สำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย สำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับ ผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ			
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้า ระวังสิ่งคุกคามสุขภาพ ของลูกจ้างในสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหา ของพื้นที่	0 1 2 3	-ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม -มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญใน พื้นที่ -จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ -วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการ เฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี			
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจาก การทำงานและโรคจาก สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและ ภายนอกโรงพยาบาล -มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรค จากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอก โรงพยาบาล -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง			
26	จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน</u>			
27	จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัย <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัย <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัย <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน</u>			
28	การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถาน	0	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	ประกอบการหรือสถานที่ทำงาน ครบวงจร	1	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร อย่าง น้อย 2 แห่ง			
		2	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง			
		3	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 6 แห่ง ขึ้นไป			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20-28 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100$	=.....%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ						
29	การพัฒนาการเข้าถึงบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและ จัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับ บริการ	0	-ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับ บริการ			
		1	-มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับ บริการ			
		2	-มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ			
		3	-มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้า ถึง บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม			
30	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน พร้อมใช้งาน	0	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน			
		1	-มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง			
		2	-มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการ สอบเทียบตามระยะเวลา			
31	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน พร้อมใช้งาน	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการ สอบเทียบตามระยะเวลา			
32	การควบคุมคุณภาพการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกอง วิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟู จากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
33	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรค จากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการคัดกรอง -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			
34	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจาก การทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน -มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัยรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม -มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัย ตามที่กำหนดไว้ -มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ			
35	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/ อุบัติเหตุจากการทำงาน	0 1 2	-ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ -มีแนวปฏิบัติกรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/ อุบัติเหตุจากการทำงาน -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
36	การประเมินการสูญเสีย สมรรถภาพการทำงาน จากโรคหรืออุบัติเหตุตาม แนวทางของสำนักงานกองทุน ทดแทน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสีย สมรรถภาพ -มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทาง กฎหมายและเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย			
37	การบริหารจัดการประเมินและ ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ ประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน -มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และ ให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทนหัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้ง แจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ -มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิต ของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม			
38	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่าง ต่อเนื่อง ที่บ้าน/สถานประกอบการ	0 1 2	-ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง -มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องใน โรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือ ประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
39	การประเมินความพึงพอใจ การ รับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	0 1 2 3	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงานจัดบริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ -มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการ อาชีวอนามัย			
40	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซัก ประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการ ทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรค จากสิ่งแวดล้อม ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรค จากสิ่งแวดล้อม เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ ผ่านมา -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรค จากสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการคัด กรองโรคจากการทำงาน			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29-40 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/36\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
41	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ -มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด -มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
42	การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวข้องเนื่อง	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน -สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ			
43	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	0 1	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	-ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของ ประชาชน			
		3	-มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำ แผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาคือต่อไป			
44	การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตาม ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มี ผลกระทบต่อสิ่งคุกคามด้าน มลพิษสิ่งแวดล้อม)	0	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อม			
		1	-มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้าน มลพิษสิ่งแวดล้อม			
		2	-มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตาม ปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง			
		3	-สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้ง รายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องทราบ			
45	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา	0	-ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง			
		1	-มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยง ให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง			
		2	-มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง			
		3	-มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึง พอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
46	การจัดเตรียมความพร้อมในการ รองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษ สิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงใน พื้นที่	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการ รองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษ สิ่งแวดล้อม -ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณี เกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง -จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงาน ภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น			
47	การมีส่วนร่วมในกระบวนการ จัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการ ประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ	0 1 2 3	- ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการ ประเมินผลกระทบฯ - มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อ ประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทน ของโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการ จัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลด้าน สุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นจากการ ประกอบกิจการ หรือร่วมดำเนินการจัดการประเด็น ปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการสนับสนุนข้อมูล เพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่ เข้าร่วมเพื่อจัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			สิ่งแวดล้อม			
48	การวิเคราะห์และสรุปข้อมูลการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก	0 1 2 3	-ไม่มีการรวบรวมข้อมูล -มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูลเชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และข้อมูลมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดในแผนการรวบรวมข้อมูล อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน -มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41-48 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

สรุปผลการประเมินตนเอง

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

() เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2)

() ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3และ5 (ร้อยละ70 ขึ้นไป)

() ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ5 (ร้อยละ50 ขึ้นไป))

() ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5)

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.

ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- 1.....
- 2.....
- 3.

ข้อมูลทั่วไป

- 1.ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... จำนวนเตียง.....เตียง
- 2.โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน () HA () HPH () HNQA () ISO.....() มอก..... () อื่นๆ(ระบุ).....
- 3.จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....คน
- 4.ปัจจุบันงานอาชีวอนามัยอยู่ในกลุ่มงานใด
 - () กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ () กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
 - () กลุ่มงานอื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 5.คุณวุฒิของผู้ที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล
 - 5.1 แพทย์คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน)คน
 - อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน
 - 5.2 พยาบาล.....คน
 - จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.....คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน)คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง).....คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ.....คน
 - 5.3 นักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม.....คน
 - จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยคน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อมคน
 - จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์คน คุณวุฒิอื่นๆ.....คน
 - 5.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ.....คน

ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ

คำชี้แจง

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

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัย						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลตามบริบทของพื้นที่	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อมร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล 			
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
03	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย - มีผู้รับผิดชอบหลักงานด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	- ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีว- อนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือ สาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้าน อาชีวอนามัยหรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม			
		3	- มีผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้างกลุ่มงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของกระทรวง สาธารณสุข หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีวเวช- กรรม			
04	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านอาชีวอนามัยและเวช ศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร			
		1	- บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย			
		2	- บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม			
		3	- มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
05	การจัดการความรู้ด้าน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวช- กรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการ ความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ			
06	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางาน ทางด้านอาชีวอนามัยและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว- อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดย ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว- อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดย ตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดย นำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
07	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัดหรืออำเภอ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ ในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ			
08	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุนรพ.สต. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังรพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01- 08 (X)=	ผลลัพธ์= $\{(X) / 24\} \times 100$ =.....%		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
09	คณะกรรมการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุม โดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีวอนามัยฯ - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีข้อเสนอแนะ/มติ /การติดตามผลการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย			
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล - มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
11	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	0 1 2 3	- ไม่มี การตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มี การประสาน หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ในการตรวจ - มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพโรคจากการทำงาน			
12	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มี การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด และครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคนรวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
13	การจัดทำรายงานผลการ ตรวจสอบสุขภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงาน ของบุคลากร	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำรายงาน - มีรายงานผลการตรวจสอบสุขภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ ต่อเนื่อง 3 ปี - มีผลการตรวจสอบสุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี - มีรายงานผลการตรวจสอบสุขภาพและผลการตรวจ สภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและ เชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงาน			
14	การให้บริการฝึกอบรมด้าน อาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการ ทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร - ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความ ปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่ กลุ่มเป้าหมาย - จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรม ภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
15	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยฯ - นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน			
16	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อม และ ตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล - ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน - ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
17	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก			
18	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09-18 (X)=	ผลลัพธ์= { (X) /30 } x 100=.....%		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก					
	3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน					
19	การเดินสำรวจสถาน- ประกอบการ หรือสถานที่ ทำงาน เพื่อการบริหาร จัดการความเสี่ยง	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือ สถานที่ทำงาน - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือ สถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง - ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน ประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการ ดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำ รายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง			
20	การจัดการบริการสร้างเสริม สุขภาพโดยการวางแผน และออกแบบโปรแกรมสร้าง เสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับ สภาวะสุขภาพของ ผู้รับบริการ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ - ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อ นำมาวางแผนการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และ ความต้องการของผู้รับบริการ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่าง ๆ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
21	การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ ที่มีความสอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการให้บริการ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ โดยมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ			
22	การสนับสนุนให้สถานประกอบการดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล	0 1 2	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล - มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	อย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน- ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการ ประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง			
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการดำเนินงาน จัดบริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆที่ นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้ง บุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และ แรงงานนอกระบบ			
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการ เฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพ ของลูกจ้างในสถาน	0 1	- ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่ง คุกคาม - มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหา			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	ประกอบการ/สถานที่ทำงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่	2 3	สำคัญในพื้นที่ - จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการ เฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี			
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน - มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมกรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานกรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง			
26	จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	0 1	- จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว-			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	อนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา			
		3	อนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา			
		3	มา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน			
27	การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร	0	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น			
		1	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 1 แห่ง			
		2	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง			
		3	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{ (X)/27 \} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					
28	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม- สิ่งแวดล้อม			
29	การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพฯ โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ - มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			การสอบเทียบตามระยะเวลา			
30	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติสาขาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย - มีเครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา 			
31	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			
32	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน - มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานตามแนวทางที่กำหนด - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ - มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			
33	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
34	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ - มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม 			
35	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง - มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการหรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
36	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	0 1 2 3	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้ง เชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิง รุกและเชิงรับ - มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึง พอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ - มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการ ให้บริการอาชีวอนามัย			
37	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับ การซักประวัติเพื่อคัดกรอง โรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมี การดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัด กรองโรคจากการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28 - 37 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
38	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ - มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด - มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองและคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
39	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน - มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาดังกล่าว			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
40	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพ พร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
41	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง - มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย			
42	การจัดเตรียมความพร้อมใน	0	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	การรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	1	- จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม			
		2	- ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง			
		3	- จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น			
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 38-42 (X)		=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

สรุปผลการประเมินตนเอง

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

- | | |
|--|--|
| () เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-2) | () ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 (ร้อยละ 50 ขึ้นไป)) |
| () ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 (ร้อยละ 60 ขึ้นไป)) | () ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1- 4 และ 5 (ร้อยละ 70 ขึ้นไป)) |

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน

1.....

2.....

3.....

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1.....

2.....

3.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 53 จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและแบบรายงานตัวชี้วัด)
(สำหรับจังหวัดน่าน)

1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน

เมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน	
	1. เชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1)
	2. ปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)
	3. สกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8)
	4. สุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)

2. โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน				
1.1 มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม				
1.2 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด				
1.3 มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร				
มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร				
2.1 มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจาก แปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี				
2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์ สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง				
มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)				
3.1 เพิ่มจำนวน Shop / Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง				
3.2 มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพิ่มขึ้น 1) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระจายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์				

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
2) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan)				
มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)				
4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวม เพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (จังหวัดน่านรอง)				
4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20				
4.3 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 20				
สรุปผลการประเมิน				

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(สำหรับจังหวัดส่วนขยาย)

1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน

..... เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย		
1. พิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2)		6. มหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7)
2. อุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)		7. สุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9)
3. สระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)		8. อำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10)
4. นครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)		9. สงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)
5. จันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)		

2. โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน				
1.1 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณ วัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด				
มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร				
2.1 มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร				
2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง				
มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)				
3.1 จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง				
3.2 บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพร ได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)				
มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)				
4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวม เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (จังหวัดส่วนขยาย)				
4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20				
4.3 . ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 20				
สรุปผลการประเมิน				

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

จังหวัด	หลักสูตร/ โครงการ	แหล่งเงินตามแผน HRD (บาท)				องค์ประกอบที่ 1									
		งบอุดหนุน	เงิน บำรุง	แหล่ง อื่นๆ	รวม ทั้งหมด	1.กลุ่มวิชาชีพ (Health professionals) (คน)		2.กลุ่มสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)(คน)		3.บุคลากรสนับสนุน Associates Health personal) (คน)		4.บุคลากรสาย สนับสนุน (Back office) (คน)		5. ผู้บริหาร (คน)	
						เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
รวมจังหวัด															
รวมจังหวัด															
รวมภาพ เขต		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

จังหวัด	หลักสูตร/โครงการ	องค์ประกอบที่ 2			องค์ประกอบที่ 3			องค์ประกอบที่ 4			องค์ประกอบที่ 5
		จำนวนสถาบันฯ ที่เขตมีความ ร่วมมือ	จำนวน สถาบันฯใน เขตทั้งหมด	ร้อยละ	เป้าหมาย (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	ร้อยละ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ	จำนวนข้อร้องเรียนในเขต
รวมจังหวัด											
รวมจังหวัด											
รวมภาพ เขต		-			-	-		-	-		

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

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

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จังหวัด			จังหวัด			ภาพรวมเขตสุขภาพ		
		จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การพัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การพัฒนา	จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การพัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การพัฒนา	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับ การพัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ (Health professionals)	1 แพทย์									
	2 ทันตแพทย์									
	3 เภสัชกร									
	4 พยาบาล									
	5 นักเทคนิคการแพทย์									
	6 นักกายภาพบำบัด									
	7 นักวิชาการสาธารณสุข									
2.กลุ่มสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)	8 นักรังสีการแพทย์									
	9 นักกิจกรรมบำบัด									
	10 นักจิตวิทยาคลินิก/ นักจิตวิทยา									
	11 นักเวชศาสตร์การสื่อ ความหมาย									
	12 นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก									
	13 นักฟิสิกส์รังสี									
	14 แพทย์แผนไทย									
	15 นักวิชาการทันตสาธารณสุข									
	16 นักโภชนาการ									
	17 นักวิทยาศาสตร์การแพทย์									
	18 นักสังคมสงเคราะห์									
	19 นักวิชาการศึกษาพิเศษ									
	20 นักกายอุปกรณ์									
	21 นักวิชาการอาหารและยา									

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จังหวัด			จังหวัด			ภาพรวมเขตสุขภาพ		
		จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การ พัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การ พัฒนา	จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การ พัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การ พัฒนา	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับ การ พัฒนา
3.บุคลากร สนับสนุน Associates Health personal)	22	เจ้าพนักงานทันต สาธารณสุข								
	23	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม								
	24	เจ้าพนักงานสาธารณสุข								
	25	เจ้าพนักงานเวชสถิติ								
	26	เจ้าพนักงานรังสี การแพทย์								
	27	เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน								
	28	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์								
4.บุคลากรสาย สนับสนุน (Back office)	1	นิติกร								
	2	นักทรัพยากรบุคคล								
	3	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน การเงินและบัญชี								
	4	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน พัสดุ								
	5	นักจัดการงานทั่วไป								
	6	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน คอมพิวเตอร์								
	7	นักสถิติ								
	8	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน โสตทัศนศึกษา								
	9	เจ้าพนักงานเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์								
	10	เจ้าพนักงานธุรการ								
5.ผู้บริหาร	ระดับสูง									
	ระดับกลาง									
	ระดับต้น									
รวมทั้งสิ้น										

รายการแก้ไขรายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการแสดงผล	เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	25. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลสุขภาพประมาณ 10,000 คน \pm 20%</p> <p>คลินิกหมอครอบครัว ต้องผ่านเกณฑ์ 3S ประกอบด้วย</p> <p>Staff - แพทย์ศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน <p>System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ 10,000 คน \pm 2,000 คน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีรูปแบบการจัดการบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ - ข้อมูลสถานะ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล <p>Structure - ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในหรือนอกสถานบริการ</p> <p>ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน รวมทีมให้บริการ 3 ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2561 อาจเริ่มต้นที่ 50%)</p>

พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีม
 ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการ
 จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 10 ปี

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม)	ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)	ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)	ร้อยละ 100 (3,250 ทีม)
	เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม	ร้อยละ 36 (1,170 ทีม)	ร้อยละ 44 (1,430 ทีม)	ร้อยละ 54 (1,755 ทีม)
	ร้อยละ 26 (845 ทีม)			

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ (ยอดสะสมที่ผ่านเกณฑ์ 3S)เป้าหมายรวม 1,170 ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2561 จำนวน = 574 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2560 จำนวน 596 ทีม)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย 845 ทีม (ปี 2564 = 3,250 ทีม)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 : คลินิกหมอครอบครัวที่จัดตั้งต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน 3S ในรอบ 12 เดือน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
20%	30%	70%	90%
724 ทีม	788 ทีม	1,044 ทีม	1,170 ทีม (สะสม)

	(สะสม)	(สะสม)	(สะสม)	36%
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				57%
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				78%
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				100%
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ			
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
	-	-	-	ตั้งเป้าไว้ 48ทีม และทำได้ตามเป้าแล้วคิดเป็น 1.48 %
				เปิดดำเนินการได้ 596 ทีม คิดเป็น 18.34%
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.ดวงดาว ศรียากุล รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 02-5901937 โทรศัพท์มือถือ : 081-5332724 โทรสาร : 02-5901501 02-5901937 E-mail : duangdao170@gmail.com สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.บุญชัย วีระกาญจน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขนิตะศก เขตสุขภาพที่ 3 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901484 โทรศัพท์มือถือ : 089-8561767 โทรสาร : E-mail : boonchai65@gmail.com กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข			

2. พญ.ดวงดาว ศรียากุล นายแพทย์ชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 02-5901937 โทรศัพท์มือถือ : 081-5332724
โทรสาร : 02-5901501 02-5901937 E-mail :
duangdao170@gmail.com

สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. นางจรรุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-7333082
โทรสาร : 02-5901501 02-5901939 E-mail :
jchanphet@gmail.com

สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	16. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	48. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
Reimbursement ที่เหมาะสมเขตสุขภาพ เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ODS อย่างเป็นระบบสามารถวางแผนและพัฒนาการให้บริการอย่างเหมาะสมตามบริบท	ร้อยละ 15	โรงพยาบาลทุกระดับสามารถดำเนินการ ODS ได้อย่างน้อย 2 แห่งต่อเขตสุขภาพ	ร้อยละ 15

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

เอกสารสนับสนุน :

- 1.คู่มือแนวทางการดำเนินงานOne Day Surgery (ODS)
 - 2.คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)
- เอกสารข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	51. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>(A/B) x 100</p> <p>เงื่อนไขการคำนวณ</p> <p>1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ไม่นับรวม</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2560) ▪ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2560) <p>2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมา นับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค</p> <p>3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 โดยไม่นับรวมพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงาน สถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งมีการดำเนินงานภายใต้แผนงาน ป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จึงไม่นำพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร มาประเมินในตัวชี้วัดนี้</p>
--------------------	--

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 - 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 85
หมายเหตุ :				
<p>ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561</p>				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2558	2559		
			Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59
อัตราความสำเร็จการ รักษา วัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	79.5	80.3	78.2	76.7

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
		2558	2559
อัตราความสำเร็จการ รักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	80.5	79.1

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 (ร้อยละ 100)	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพ ที่มีผลการดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 13 จังหวัด จำนวนจังหวัดที่มีผลการดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดเป้าหมายที่ดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพร (13 จังหวัด)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	62. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร และบุคลากร ทุก ระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่า การดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากร ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกัน หรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ 2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา 3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงาน ที่องค์กรได้กำหนดขึ้น <p>แนวคิดของการควบคุมภายใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติ การควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีใช่ผลสุดท้ายของการกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring) 2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผล ด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไก การควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายใน

ที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น

3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมาย ระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างกับต้นทุนที่เกิดขึ้น

ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน

“การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด”

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

มาตรฐานการควบคุมภายใน

มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

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

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ
- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำปีกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ให้จัดส่งภายในวันที่ 30 ธันวาคมของทุกปี โดยให้หน่วยรับตรวจดำเนินการ ดังนี้ จัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปอ.1) เพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทาน

1. ส่วนราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข (9 ส่วนราชการ)

- 1) จัดส่งหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปอ.1) ให้คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน จำนวน 1 ชุด
- 2) จัดส่งแบบ ปอ.1.ปอ.2 ปอ.3 และแบบ ปส. ให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำปีกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 ชุด
- 3) สำหรับรายงานอื่นๆ ให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการและผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทานต่อไป
- 4) ผู้ตรวจสอบภายในของส่วนราชการดำเนินการตรวจสอบและประเมินผลการควบคุมภายในของส่วนราชการแล้วรายงานผลการตรวจสอบโดยจัดส่งเอกสารสรุปผลการตรวจสอบ โดยใช้แบบรายงาน รายละเอียดการตรวจสอบระบบการควบคุมภายใน ที่แนบประกอบกระดาษทำการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (IA 01) พร้อมผลคะแนนของแต่ละหน่วยรับตรวจ ให้กับกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงเพื่อดำเนินการรวบรวมและสรุปผลคะแนนหน่วยรับตรวจที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 62 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน พร้อมทั้งจัดส่งไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 11 รายการ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการตรวจสอบ รายละเอียดตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ 0215.01/ว 3308 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2560 เรื่อง การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ทาง e - mail : audit.health.57@gmail.com ปีละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี

2. หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1) จัดส่งหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบปอ. 1) ให้คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน จำนวน 1 ชุด

2) จัดส่งแบบ ปอ.1 ปอ.2 ปอ.3 และแบบ ปส. ให้กับผู้ว่าราชการจังหวัด จำนวน 1 ชุด

3) สำหรับรายงานอื่นๆ ให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการ และผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทานต่อไป

4) ผู้ตรวจสอบภายในประจำหน่วยงานในส่วนภูมิภาคดำเนินการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และโรงพยาบาลชุมชน แล้วรายงานผลการตรวจสอบโดยจัดส่งเอกสารสรุปผลการตรวจสอบ โดยใช้แบบรายงาน **รายละเอียดการตรวจสอบระบบการควบคุมภายใน** ที่แนบประกอบกระดาษทำการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (IA 01) พร้อมผลคะแนนของแต่ละหน่วยรับตรวจ ให้กับกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงเพื่อดำเนินการรวบรวมและสรุปผลคะแนนหน่วยรับตรวจที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 62 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน พร้อมทั้งจัดส่งไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 11 รายการ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการตรวจสอบ รายละเอียดตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ 0215.01/ว 3308 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2560 เรื่อง การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในทาง e - mail : audit.health.57@gmail.com ปีละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม ของทุกปี

2.2 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และโรงพยาบาลชุมชน

1) จัดส่งหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบปอ. 1) ให้คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน จำนวน 1 ชุด

2) จัดส่งแบบ ปอ.1.ปอ.2 ปอ.3 และแบบ ปส. ให้ผู้ว่าราชการจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 ชุด

3) สำหรับรายงานอื่นๆ ให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการ และผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทานต่อไป

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการ

ติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอเหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง

การติดตามประเมินผล หมายถึง กระบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา

ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้

- พิจารณาวិธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
- กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
- สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
- ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ

การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

ส่วนราชการส่วนกลาง คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ดำเนินการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (รอบ 6 เดือนและ 12 เดือน) และจัดทำรายงานเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณา

- รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี
- รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ธันวาคม ของทุกปี

หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ดำเนินการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (รอบ 6 เดือนและ 12 เดือน) จัดทำรายงานเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณา พร้อมทั้งจัดส่งรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี
- รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ธันวาคม ของทุกปี

	<p>คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตาม ประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอ ต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (ค.ต.ป.) ประจำ กระทรวง / ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการ ตรวจสอบ และประเมินผลภาคราชการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>— รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี</p> <p>— รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ธันวาคม ของทุกปี</p>				
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>ระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544</p> <p>หนังสือแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุม ภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พิมพ์ครั้งที่ 2 : ตุลาคม 2552</p>				
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วย วัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>		
	<p>ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมินผลระบบการควบคุม ภายใน</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>2558</p>	<p>2559</p>	<p>2560</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวเครือพันธุ์ บุณบุญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902341 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการตรวจสอบ ภายในเชี่ยวชาญปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่ม ตรวจสอบภายในระดับกระทรวง โทรศัพท์มือถือ : 085-4856980 E-mail : boonboonboon05@gmail.com</p> <p>2. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-590-2337 นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975 E-mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง</p>				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)			
2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 74.3674.25 (580542 แห่ง จาก 780730 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.2876.30 (595 557 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 78.2178.36 (610 572 แห่ง จาก 780730 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00 (624 584 แห่ง จาก 780730 แห่ง)			
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง					
	เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.56 (160 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 98.17 (161 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 73.85 73.56 (576 537 แห่งจาก 780 730 แห่ง)	ร้อยละ 74.12 74.25 (580 542 แห่ง จาก 780 730 แห่ง)	ร้อยละ 76.28 76.30 (595 557 แห่ง จาก 780 730 แห่ง)	ร้อยละ 78.21 78.36 (610 572 แห่ง จาก 780 730 แห่ง)	ร้อยละ 80.00 (624 584 แห่ง จาก 780 730 แห่ง)

เงื่อนไข :

1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง ประกอบด้วย
 - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง
 - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง
 - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง
 - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง

(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)
2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 730 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)
3. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ
4. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560 (ไตรมาส 3)
ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ศูนย์, โรงพยาบาล ทั่วไป, โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต)	แห่ง	ไม่มี ข้อมูล	ไม่มี ข้อมูล	ร้อยละ 96.36 (159 แห่งจาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 97.58 83.64 (161 138 แห่ง จาก 165 แห่ง)	
ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ชุมชนในสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข)	แห่ง	ร้อยละ 60.27 (446 จาก 740 แห่ง)	ร้อยละ 69.40 (515 จาก 742 แห่ง)	ร้อยละ 69.49 (542 จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 73.85 62.31 (576 486จาก 780 แห่ง)	

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	66. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย จำนวนการตายทุกสาเหตุ (คน)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.) จำนวนการตายไม่ทราบสาเหตุ (คน)
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ $(C/D) \times 100$

