

# รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560

Template Key Performance Indicator Ministry of Public Health 2017



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

# รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2560

Template Key Performance Indicator Ministry of Public Health 2017

---

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ณรงค์ อภินันท์

ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

จัดทำโดย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

โทร. 0 2560 2388

จำนวน

576 หน้า

## 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.การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2.ระบบบริการ (Service Excellence) 3.การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4.ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” หน่วยงานต่างๆจึงได้ร่วมกันจัดทำแผน และรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี ภายใต้กรอบ 16 แผนงาน 48 โครงการ และ 96 ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณกรม กอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

พฤศจิกายน 2559

# สารบัญ

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
	คำนำ	ก
	สรุปภาพรวมตัวชี้วัด 96 ตัว	1-8
1	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	9
2	อัตราการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	12
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	15
4	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	18
5	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	25
6	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	28
7	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	33
8	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	36
9	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	38
10	ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	40
11	ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ	43
12	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	48
13	ร้อยละของ Healthy Ageing	50
14	ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	54
15	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	58
16	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	63
17	ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ	66
18	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	69
19	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	72
20	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่	76
21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	80
22	ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	84
23	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป	88
24	ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)	91
25	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	93
26	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	96

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
27	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	100
28	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	104
29	จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่าง บูรณาการมี ประสิทธิภาพและยั่งยืน	109
30	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	114
31	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ	117
32	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	121
33	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	125
34	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	128
35	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	130
36	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล	133
37	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	137
38	อัตราการตายทารกแรกเกิด	140
39	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	143
40	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	151
41	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	155
42	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	159
43	อัตราการตายจากติดเชื้อ (Sepsis)	161
44	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ใน ผู้ป่วย STEMI ได้	166
45	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	169
46	ลดระยะเวลาารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	172
47	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	177
48	อัตราการตายจากมะเร็งปอด	179
49	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	182
50	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	185
51	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก	188
52	จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	191
53	ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	193
54	ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	197
55	ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ	201
56	อัตราการตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)	205
57	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety	208

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
58	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	210
59	ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ	214
60	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด	217
61	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	220
62	สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ	224
63	ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้	228
64	อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้	231
65	ร้อยละของสถานบริการด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้ด้าน มาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล	233
66	ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น	236
67	ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	240
68	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ	244
69	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ	247
70	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริง ทางการแพทย์ หรือการตลาด	250
71	ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ	254
72	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด	257
73	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	263
74	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้	267
75	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้	271
76	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (loss rate)	276
77	ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	279
78	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	282
79	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	287
80	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม	294
81	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ระบบการ ควบคุมภายใน	297
82	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	303
83	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	308
84	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	312

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
85	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	315
86	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$	318
87	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	321
88	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2560	325
89	ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment)	328
90	ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP)	331
91	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)	334
92	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	337
93	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	341
94	ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี	345
95	ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	348
96	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	352
	ภาคผนวก ก	359
	ภาคผนวก ข	455
	ภาคผนวก ค	553

โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA ปลัด 60	สสพ. 60		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
<b>1. Prevention &amp; Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) (4 แผนงาน 12 โครงการ)</b>																					
<b>แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ)</b>																					
1. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มสตรีและเด็ก ปฐมวัย	1	Lead : 1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอมาตรฐาน	กรมการแพทย์																		
	2	Lag : 1) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	กรมอนามัย		1	ประเทศ															
	3	2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	กรมอนามัย	1	2	จังหวัด															
	4	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	กรมอนามัย	2	3	จังหวัด															
2. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	5	Lag : 1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	กรมสุขภาพจิต			ประเทศ															
	6	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	กรมอนามัย		4	จังหวัด															
	7	3) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	กรมสุขภาพจิต			ประเทศ															
	8	4) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	กรมอนามัย		5	จังหวัด															
	9	5) อัตราการคลอสมิซิปในหญิงอายุ 15-19 ปี	กรมอนามัย	3	6	จังหวัด															
3. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยทำงาน	10	lag : 1) ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	กรมอนามัย			ประเทศ															
	11	Lead : 2) ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ	กรมอนามัย			ประเทศ															
4. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	12	Lead : 1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย/กรม สนับสนุนบริการ สุขภาพ	4	7	จังหวัด															
	13	lag : 1) ร้อยละของ Healthy Ageing	กรมการแพทย์			จังหวัด															
<b>แผนงานที่ 2 : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (3 โครงการ)</b>																					
1. โครงการพัฒนาระบบ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และภัยสุขภาพ	14	Lead : 1) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	กรมควบคุมโรค		8	จังหวัด															
	2. โครงการควบคุม โรคติดต่อ	15	Lead : 1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	กรมควบคุมโรค	5	9	จังหวัด														
		16	2) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก	กรมควบคุมโรค			จังหวัด														
3. โครงการควบคุมโรคไม่ ติดต่อและภัยสุขภาพ	17	3) ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการพระราชดำริ)	กรมควบคุมโรค	6		จังหวัด															
	18	Lag : 1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	กรมควบคุมโรค		10	ประเทศ															
	19	2) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	กรมควบคุมโรค	7	11	ประเทศ															
	20	3) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่	กรมควบคุมโรค	8	12	จังหวัด															
<b>แผนงานที่ 3 : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (3 โครงการ)</b>																					









โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA ปลัด 60	สสพ. 60		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
(Migrant Health)	62	2) สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ	สำนักบริหารการ สาธารณสุข			ประเทศ						✓									
3. โครงการเพิ่มการเข้าถึง บริการด้านสุขภาพใน ชายแดนใต้	63	Lead : 1) ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้	สำนักตรวจและ ประเมินผล			จังหวัด															
	64	Lag : 1) อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้	สำนักตรวจและ ประเมินผล			จังหวัด					✓										
<b>แผนงานที่ 10 : ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข (2 โครงการ)</b>																					
1. โครงการพัฒนาสถาน บริการด้านสุขภาพ	65	Lead : 1) ร้อยละของสถานบริการด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริม พัฒนาองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ			ประเทศ		✓													
2. โครงการพัฒนา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและ เทคโนโลยีทางการแพทย์	66	Lead : 1) ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ เพิ่มขึ้น	คณะกรรมการ อาหารและยา			ประเทศ						✓									
	67	2) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	คณะกรรมการ อาหารและยา			ประเทศ						✓									
	68	3) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ	กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก			ประเทศ						✓									
	69	4) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการ ให้บริการด้านสุขภาพ	กรมการแพทย์/ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์			ประเทศ						✓									
	70	5) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่ นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก			ประเทศ						✓									
<b>3. People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) (1 แผนงาน 4 โครงการ)</b>																					
<b>แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (4 โครงการ)</b>																					
1.โครงการพัฒนาการ วางแผนกำลังคนด้าน สุขภาพ	71	Lead : 1) ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ	สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์			เขต			✓												
2. โครงการผลิตและ พัฒนากำลังคนด้าน สุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	72	Lead : 1) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	สถาบันพระบรม ราชชนก/สнг.เขต สุขภาพ		35	เขต						✓									





โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค					
				PA ปลัด 60	สศป. 60		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. โครงการสร้างองค์ ความรู้และการจัดการ ความรู้ด้านสุขภาพ	95	lead : 1) ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์ คุณภาพ	สำนักวิชาการ			ประเทศ												✓				
แผนงานที่ 16 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ)																						
1. โครงการปรับโครงสร้าง และพัฒนากฎหมายด้าน สุขภาพ	96	Lag : 1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และบังคับใช้	กลุ่มกฎหมาย	30		ประเทศ						✓										
		รวม	16 แผนงาน 48 โครงการ 96 ตัวชี้วัด	30	43		5	7	7	0	20	15	11	0	19	8	2	3	1	0	1	

หมายเหตุ

- PA ปลัดฯ 30 ตัวชี้วัด ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2559
- สรุปลัดชี้วัดตรวจราชการปี 2560 จำนวน 43 ตัวชี้วัด (ตามมติที่ประชุมสำนักตรวจราชการฯ วันที่ 11 ตุลาคม 2559)

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



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



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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

กรมอนามัย นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหาสัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย

เอกสารสนับสนุน :

แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก1, แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆถ้ามี)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน		31.2 (กรมอนามัย)	22.4 (ค่าคาดประมาณWHO)	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นายแพทย์สรวิทย์ บุญสุข หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็กกรมอนามัย  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904418 โทรศัพท์มือถือ : 081-908-1761  
โทรสาร : 02-590-4427 Email: wutmd39ju@hotmail.com
  - นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4425 โทรศัพท์มือถือ :  
โทรสาร : 02-5904427 E-mail : noi\_55@hotmail.com
- กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย

<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="486 282 949 436"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4425 โทรสาร : 02-590-4427</li> </ol> </td> <td data-bbox="965 282 1492 436">                 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : noi_55@hotmail.com             </td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 436 949 604"> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. นางวรรณชนก ลี้มจำรูญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4438 โทรสาร : 02-590-4427</li> </ol> </td> <td data-bbox="965 436 1492 604">                 นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : loogjun.ph@hotmail.com             </td> </tr> </table> <p><b>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4425 โทรสาร : 02-590-4427</li> </ol>	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : noi_55@hotmail.com	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. นางวรรณชนก ลี้มจำรูญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4438 โทรสาร : 02-590-4427</li> </ol>	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : loogjun.ph@hotmail.com
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4425 โทรสาร : 02-590-4427</li> </ol>	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : noi_55@hotmail.com				
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. นางวรรณชนก ลี้มจำรูญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4438 โทรสาร : 02-590-4427</li> </ol>	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : loogjun.ph@hotmail.com				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด , เขต , ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย														
คำนิยาม	เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</li> <li>พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</li> <li>สร้างความตระหนักรู้ การเลี้ยงดูเด็กโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ส่งเสริมพัฒนาการ ด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า ฝ้าดูช่องปาก นอน</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม</li> <li>ศูนย์อนามัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส ส่งกรมอนามัย</li> </ol>														
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านครบ 5 ด้าน														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ 5 ด้าน														
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+B)/C) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ไม่สะสม)														

เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ ร้อยละของเด็กไทยอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ดังนี้

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
2. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล
3. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)
4. คู่มือมิสนมแม่
5. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
6. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	78.2 (Denver II กรมอนามัย)	78.4 (DSPM สตป. คัดกรองใน เด็กอายุ 42 เดือนและ ไม่ได้ติดตาม)	90.6 (DSPM สตป.คัดกรอง ในเด็กอายุ 9 18 30 42 เดือนและรวม ติดตาม)

หมายเหตุ : ข้อมูล ปี 57 , 58 ไม่มีการติดตาม วิธีการคำนวณข้อมูล แตกต่างกับ ปี 59

ผู้กำกับตัวชีวิต	1. นายแพทย์วีระ เพ็งจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรสาร : 2. นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904007 โทรสาร : 3. นายแพทย์อรุณพล แก้วสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904121 โทรสาร :	อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : drwachira99@gmail.com รองอธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : drthong@gmail.com ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : attapon2008@gmail.com
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชีวิต	1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579 โทรสาร : 02-5904407 2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426 โทรสาร : 02-5904427	นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : teerboon@hotmail.com (รก.) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 085-6613064 E-mail : Jinpat2503@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกิติมา พัวพัฒนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579 โทรสาร : 2. นางสาวณัชชา เปรมประยูร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579 โทรสาร : 02-5904407	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : puapat@yahoo.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 088-3089055 E-mail : nutcha.p@anamai.mail.go.th
สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย		



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

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

**เกณฑ์การประเมิน :**

**ปี 2560 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประกาศนโยบายเด็กปฐมวัย สูงดีสมส่วน</li> <li>- จัดทำและสนับสนุน เครื่องมือการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็ก สูงดีสมส่วน</li> <li>- ประชุมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทย สูงดีสมส่วนแก่เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 10 ของจังหวัดมีการ ถ่ายระดับเรื่องนโยบาย เด็กปฐมวัย สูงดีสมส่วนให้ หน่วยงานสาธารณสุขทุก ระดับและบุคลากร สาธารณสุขทุกคนรับทราบ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง ดีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 20 ของ จังหวัดมีการถ่าย ระดับเรื่อง นโยบายเด็ก ปฐมวัยสูงดีสม ส่วนให้หน่วยงาน สาธารณสุขทุก ระดับและ บุคลากร สาธารณสุขทุกคน รับทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 30 ของจังหวัดมี การถ่ายระดับเรื่อง นโยบายเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนให้หน่วยงาน สาธารณสุขทุกระดับและ บุคลากรสาธารณสุขทุก คนรับทราบ</li> <li>- ร้อยละ 20 ของจังหวัด สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำการสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 10 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 51 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน</li> </ul>
--	--	--	--

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงตีสมส่วน</li> <li>- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงตีสมส่วน</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 40 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 30 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- ร้อยละ 10 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุกอำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 50 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 40 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- ร้อยละ 20 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุกอำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 50 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- ร้อยละ 30 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุกอำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 54 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน</li> </ul>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงตีสมส่วน</li> <li>- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงตีสมส่วน</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 70 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 60 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- ร้อยละ 40 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุกอำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 80 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 70 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- ร้อยละ 50 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุกอำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 90 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 80 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> <li>- ร้อยละ 60 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุกอำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> <li>- ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน</li> </ul>

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงตีสมส่วน</li> <li>- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 100 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 90 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วนทุกอำเภอ</li> <li>- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมส่วน</li> </ul>

- สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง ติสมส่วน	- ร้อยละ 90 ของจังหวัดสร้าง องค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูง ติสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 70 ของจังหวัดสร้าง ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริม เด็กปฐมวัยสูงติสม ส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง ติ สมส่วน	- ร้อยละ 80 ของ จังหวัดสร้าง ครอบครัวนัก โภชนาการ ส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงติสม ส่วนทุกอำเภอ - สื่อสาร ความสำคัญของ เด็กสูงติสมส่วน	- ร้อยละ 60 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงติ สมส่วน
--	--	---	--

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- สนับสนุนเครื่องมือการ ดำเนินงานส่งเสริมเด็ก สูงติสม ส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูง ติ สมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง ติสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงติสม ส่วน - ร้อยละ 10 ของจังหวัดมี ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงติสม ส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูง ติสมส่วน	- ร้อยละ 20 ของ จังหวัดมี ครอบครัวนัก โภชนาการ ส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงติสม ส่วนทุกตำบล - สื่อสาร ความสำคัญของ เด็กสูงติสมส่วน	- ร้อยละ 30 ของจังหวัดมี ครอบครัวนักโภชนาการ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงติ สมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงติสมส่วน - ร้อยละ 63 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงติสมส่วน
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีโครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน</li> <li>2. สุ่มสำรวจในเรื่อง การรับทราบนโยบายของหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุข การสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงติสมส่วน การสร้างครอบครัวนักโภชนาการ การสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงติสมส่วน</li> </ol>		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์</li> <li>2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี</li> <li>3. หนังสือคู่มือการพัฒนาสู่องค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ</li> <li>4. มาตรการสำคัญและชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย</li> </ol>		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

\*ข้อมูลรายงานจาก HDC ปี 2558

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

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>นางณัฐวรรณ เซวาน์ลิลิตกุล      นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : nutwan65@gmail.com</li> <li>นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th</li> <li>นางสาวณัฐนิช อินทร์ขำ      นักโภชนาการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : nattanit.i@anamai.mail.go.th</li> <li>นางสาวอารียา กุโน      นักโภชนาการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : areeya.k@anamai.mail.go.th</li> </ol> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงาน กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th</li> <li>นางสาวณัฐนิช อินทร์ขำ      นักโภชนาการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : nattanit.i@anamai.mail.go.th</li> </ol>

	<p>3. นางสาวอารีญา กุโน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 กรมอนามัย</p>	<p>นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : areeya.k@anamai.mail.go.th</p>
--	---	---

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
คำนิยาม	<p><b>เด็กไทย</b> หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญา</b> หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน</b> หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p>

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ทุกจังหวัดมี เครือข่ายบริการ กระตุ้นพัฒนาการ เด็กพัฒนาการ ล่าช้าอย่างน้อย ร้อยละ 50	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80	ระดับสติปัญญา เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย</li> <li>เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย</li> </ol>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ปี 2560 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า ปี 2561 – 2563 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรม สุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นป.1 ทั่วประเทศ								
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)								
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> <b>ปี 2560 :</b> <table border="1" data-bbox="268 790 1337 1016"> <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>ทุกจังหวัดมีเครือข่ายบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อยร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ทุกจังหวัดมีเครือข่ายบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อยร้อยละ 50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ทุกจังหวัดมีเครือข่ายบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อยร้อยละ 50						
<b>ปี 2561 :</b> <table border="1" data-bbox="268 1072 1337 1299"> <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>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60						
<b>ปี 2562 :</b> <table border="1" data-bbox="268 1355 1337 1581"> <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>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70						
<b>ปี 2563 :</b> <table border="1" data-bbox="268 1637 1337 1863"> <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>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80						

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย				
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บทความพื้ฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555</li> <li>- รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต</li> </ul>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	98.23
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 โทรสาร : 02-2488903 E-mail : ampornbenja@yahoo.com</p> <p>2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพท์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน				
คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 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 &gt; + 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 ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ 14 ปี (เด็กอายุ 14 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	60	61	62	63	64
1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	66	68	70	72	74
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี					
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	-	154
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	-	155
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด				

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีคศ.59)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีคศ.60) และ 5

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีคศ.61)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีคศ.62) และ 5

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- ชั้นตอนที่ 1 จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัดโดย PM จังหวัด
- ชั้นตอนที่ 2 จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ
- ชั้นตอนที่ 3 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง
- 3.1 จังหวัดมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ และคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง
- 3.2 รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค. ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังสนย. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ม.ค. 2560

	<p>3.3 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังสนย. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ส.ค. 2560</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> จังหวัดมีการดำเนินการ ดังนี้</p> <p>4.1 การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)</p> <p>4.2 การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน</p> <p>4.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign 1) รอบคอดำ 2) นั้งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (service plan) คลินิก DPAC ติดตามและรายงานผล</p> <p>4.4 รายงานตามระบบ</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 5</b> จังหวัดมีรายงาน ดังนี้</p> <p>5.1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน</p> <p>5.2 จำนวนนักจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) (ครูช.) และแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Leader)</p>
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน</li> <li>2. หนังสือคู่มือการพัฒนาสู่องค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ</li> <li>3. คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน</li> <li>4. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC</li> <li>5. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)</li> <li>6. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน</li> <li>7. แนวทางการจัดค่ายลดน้ำหนักกินพอดีไม่มีอ้วน</li> <li>8. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น</li> <li>9. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง</li> <li>10. หนังสือข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียน</li> <li>11. แผ่นพับกินพอดี ไม่มีอ้วน</li> <li>12. แผ่นพับผักผลไม้สีรุ้ง</li> <li>13. แผ่นพับโตขึ้นหุ่นดีไม่มีอ้วน</li> <li>14. แผ่นพับการออกกำลังกายสำหรับเด็กนักเรียน</li> </ol>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

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

<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<p>1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง      นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์      นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th</p> <p><b>กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</b></p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง      นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์      นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th</p> <p><b>กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</b></p> <p>3. นายชัยชนะ บุญสุวรรณ      นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336      โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339      E-mail : chaichana.b@anamai.mail.go.th</p> <p><b>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</b></p>

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







หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	8. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)														
คำนิยาม	<p>กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ</p> <p>ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 52</td> <td>ร้อยละ 54</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 58</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60											
วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในแฟ้มDental และ Service ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม														
แหล่งข้อมูล	<p>1. ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง</p> <p>2. สาธารณสุขระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.02)</p>														
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ฟันดีไม่มีผุ														
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีทั้งประเทศ														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4														
เกณฑ์การประเมิน :	เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้งจึงไม่ควรประเมินรายไตรมาส														
ปี 2560 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>52</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				52		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
			52												
ปี 2561 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>54</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				54		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
			54												
ปี 2562 :	<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>56</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				56		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
			56												

ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				58	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				60	
วิธีการประเมินผล :	เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปีโดยสำนักทันตสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2544	2550	2555
	กลุ่มอายุ 12 ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	na	47.0	49.4
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทพญ.ศรีสุดา ลีละศิธร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904204      โทรศัพท์มือถือ : 081-4598224 โทรสาร: 02-5904203      E-mail : srisuda.l@anamai.mail.go.th 2. นางสาวถิรวรรณ รานวล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904213      โทรศัพท์มือถือ : 087-9692995 โทรสาร : 02-5904203      E-mail : namkajeab2012@gmail.com กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ทพญ.ศรีสุดา ลีละศิธร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904204      โทรศัพท์มือถือ : 081-4598224 โทรสาร: 02-5904203      E-mail : srisuda.l@anamai.mail.go.th กรมอนามัย				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	9. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี			
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	42	40	38	36
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	42
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	40
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	38

ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		-		-		36	
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		-		-		34	
วิธีการประเมินผล :			ใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ที่ผ่านการตรวจสอบจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการประมวลผลย้อนหลัง ปีละ 1 ครั้ง				
เอกสารสนับสนุน :			ฐานข้อมูลจำนวนการเกิด และข้อมูลประชากรกลางปี จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
					2557	2558	2559
อัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15-19 ปี			อัตราต่อ ประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน		47.9	44.3	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด			1. นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุจริตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรสาร : 02-5904163		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276 E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com		
			2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com		
			กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)			สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลทุก 1 ปี				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน			1 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com		
			กรมอนามัย				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	10. ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ				
คำนิยาม	ประชาชนชนวัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี- 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ใน ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม.				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	54	55	56	57	58
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงาน ให้มีสุขภาพดี				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนชนวัยทำงาน อายุ 18 ปี – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รพ.สต. และPCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และ ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC) 2) จากการสำรวจทุกๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงประชาชนชนวัยทำงาน ที่ เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด (ทำร่วมกับการสำรวจการบริโภคอาหารที่ เหมาะสม) 3) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย จากสำนักงานสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย (สสท.)				
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพช./รพสต. ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.) 2) ระบบคลังข้อมูล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 3) ระบบข้อมูล BRFSS สำนักโรคไม่ติดต่อ 4) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายสำนักงานสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย (สสท.) 5) จากการสำรวจโดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงประชาชนชนวัยทำงาน ของสำนัก โภชนาการ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				







ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))				
หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	11. ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ				
คำนิยาม	<p>กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายใดๆ ที่ต้องใช้กล้ามเนื้อและพลังงาน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การเดินทาง หรือ กิจกรรมนันทนาการ</p> <p>กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง คือ การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อย แต่ยังพูดเป็นประโยคได้ เช่น เดินเร็ว</p> <p>กิจกรรมทางกายระดับหนัก คือ การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อย จนพูดเป็นประโยค เช่น วิ่ง</p> <p>กิจกรรมทางกายเพียงพอ คือ การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ และ/หรือ กิจกรรมทางกายระดับหนัก อย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ หรือรวมกัน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	ร้อยละ 82	-	ร้อยละ 84
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี ลดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีร่างกายที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่และสูงอายุ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสอบถาม WHO Global Physical Activity Questionnaire: WHO GPAQ				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ทั่วประเทศ				
รายการข้อมูล 1	A= กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B= ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	- พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การ	-	-	- ได้แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้	

<p>ใช้พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ ส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>- พัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ</li> <li>- ชีทศการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย</li> <li>- ผลักดันวาระกิจกรรมทางกายในระดับภูมิภาค และโลก</li> </ul>			<p>พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้แนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และได้ต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์อนามัยเขตละ 1 แห่ง</li> <li>- ได้แผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ</li> <li>- ผลักดันวาระกิจกรรมทางกายในระดับภูมิภาค และโลก</li> </ul>
--	--	--	---

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ่ายทอดแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ ให้ภาคีเครือข่าย นำไปปฏิบัติ, ติดตามประเมินผลการนำไปแนวทางไปใช้</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>- พัฒนาระบบเฝ้าระวังการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย</li> <li>- ชีทศการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศูนย์อนามัยเขต, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, โรงเรียน, สถานประกอบการ, สถานบริการสาธารณสุข นำแนวทางการมีกิจกรรมทางกายไปใช้ส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหน่วยงาน และพื้นที่ของตน</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์อนามัยเขตละ 2 แห่ง</li> <li>- ติดตามการนำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ไปปฏิบัติ</li> <li>- ได้ระบบเฝ้าระวังการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย</li> </ul>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับและพัฒนา แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในคนไทย</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- คนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 82</li> </ul>

<p>กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ จากการศึกษาติดตามการนำไปปฏิบัติของภาคีเครือข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>- ทบทวนกลยุทธ์การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ไปปฏิบัติ</li> <li>- ซึ่ทิศการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด ละ 1 แห่ง</li> </ul>
--	--	--	---

**ปี 2563 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>- เตรียมพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2</li> <li>- ซึ่ทิศการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ เบื้องต้น</li> <li>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด ละ 2 แห่ง</li> <li>- ได้แนวทางการจัดทำพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2</li> </ul>

**ปี 2564 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ เพิ่มเติมให้สมบูรณ์</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- คนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 84</li> <li>- ได้แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท</li> </ul>

<p>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>- จัดทำพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2</p> <p>- ชีทศึกษาวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย</p>			<p>ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ ที่สมบูรณ์</p> <p>- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด ละ 3 แห่ง</p> <p>- ได้แผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2</p>		
<p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>	<p>การสำรวจ ด้วยแบบสอบถาม WHO GPAQ</p>				
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire: WHO GPAQ.</li> <li>สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม ทำสถานการณ์โรค NCDs. 2557.</li> <li>สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย โรงพยาบาลรามธิบดี. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557.</li> <li>สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของคนไทย ปี พ.ศ.2558.</li> <li>สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการของคนไทย ปี พ.ศ. 2558.</li> </ol>				
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<p><b>Baseline data</b></p>	<p><b>หน่วยวัด</b></p>	<p><b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b></p>		
			<p><b>2557</b></p>	<p><b>2558</b></p>	<p><b>2559</b></p>
		<p>ร้อยละ</p>	<p>81</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>นพ.ฐิติกร โตโพธิ์ไทย นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรศัพท์มือถือ : 086-3931693 โทรสาร : 02-5904584 E-mail : thitikorn.t@anamai.mail.go.th</li> <li>นางณัฏฐกา กิจสมมารถ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904585 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904584 E-mail : nattaka.c@anamai.mail.go.th</li> </ol>				
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>กองแผนงาน กรมอนามัย</p>				
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>นพ.ฐิติกร โตโพธิ์ไทย นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรศัพท์มือถือ : 086-3931693 โทรสาร : 02-5904584 E-mail : thitikorn.t@anamai.mail.go.th</li> </ol>				

	2. นางณัฐภา กิจสมมารถ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904585 โทรสาร : 02-5904584 กรมอนามัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nattaka.c@anamai.mail.go.th
--	--	--

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ			
ลักษณะ	Leading Indicator			
ระดับการวัดผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	12. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์			
คำนิยาม				
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
วัตถุประสงค์				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล				
แหล่งข้อมูล				
รายการข้อมูล 1				
รายการข้อมูล 2				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด				
ระยะเวลาประเมินผล				
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
วิธีการประเมินผล :				
เอกสารสนับสนุน :				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :		โทรศัพท์มือถือ :	
	โทรสาร :		E-mail :	
	2.			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :		โทรศัพท์มือถือ :	
	โทรสาร :		E-mail :	
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :		โทรศัพท์มือถือ :	
	โทรสาร :		E-mail :	



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

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลด้วย Activity of Daily Living (ADL)																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) ฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (โปรแกรม AGE APP) พัฒนาโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2) สรุปผลการประเมิน ADL ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ ตำบล หมู่บ้านฯ 3) การจัดเก็บ รวบรวม ติดตามผล โดยสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานทิศทางการแพทย์ กรมการแพทย์																
แหล่งข้อมูล	ทั่วประเทศ / รายเขต / อำเภอ / ตำบล / รายบุคคล (ได้จากฐานข้อมูล โดยการตรวจราชการโดยสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานทิศทางการแพทย์ กรมการแพทย์) หรือ การประเมินผลและติดตามคุณภาพข้อมูล, การนิเทศ, สุ่มสำรวจ (กรณีที่ยังไม่ได้รับข้อมูลจากการตรวจราชการ/นิเทศ)																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent)																
รายการข้อมูล 2	B = ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4																
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> <b>ปี 2560:</b> <table border="1" data-bbox="156 1182 1449 1467"> <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>เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง</td> <td>ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50</td> <td>ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน</td> <td>สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59</td> </tr> </tbody> </table> <b>ปี 2561:</b> <table border="1" data-bbox="156 1527 1449 1812"> <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>เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง</td> <td>ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50</td> <td>ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน</td> <td>สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60														

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	สรุปผล อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63

วิธีการประเมินผล :

- 1) เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย
- 2) ทีมสำรวจความก้าวหน้า/ยุทธวิธีในการดำเนินงาน
- 3) สรุปผลการประเมิน ADL ของผู้สูงอายุในพื้นที่(ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต) โดยใช้แบบการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังรายละเอียดปรากฏในคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557
- 4) คำนวณอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน รายตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และส่งข้อมูลต่อยังสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำเป็นภาพรวมทั้งประเทศ
- 5) ตรวจสอบข้อมูล ผ่านระบบฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (AGE APP) พัฒนาโดยกรมการแพทย์

เอกสารสนับสนุน :

1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552
3. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	<p>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Independent)</p> <p>**ที่มา: 4<sup>th</sup> National Health examination survey, Thailand.</p>	ร้อยละ	85.0		-
					**รอสรุปรูปข้อมูลจากผลการตรวจราชการ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-0248487</p> <p>โทรสาร : 02-5918279</p> <p>2. นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906255</p> <p>โทรสาร : 02-5918279</p> <p>3. นายพินิจ เอิบอิม</p> <p>โทร. 02-5918277</p> <p>โทรสาร : 02-5918279</p>		<p>ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-7760768</p> <p>Email : drprapun@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 087-0904560</p> <p>Email : piyanut.igm@hotmail.com</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 084-6811567</p> <p>Email: piniterbim@gmail.com</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. สำนักนิติเวชการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352</p> <p>โทรสาร : 02-5918279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>		<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499</p> <p>E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>		

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	14. ร้อยละของจังหวัดที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง														
คำนิยาม	<p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากร ให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงาน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>จังหวัด ได้แก่ จังหวัดในประเทศไทย จำนวน 77 จังหวัด</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100											
	<p>ปี 2560 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 80)</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย</p> <p>ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้</p> <p>(ร้อยละ 80)</p>														

- 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

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 2560 - 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบประเมินผล
	1	จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด
	2	จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด	- สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด

	3	สมาชิกทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน	- รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรม การปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน
	4	การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด และมีการเริ่มปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด	- มีรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - มีรายงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด
	5	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564</li> <li>คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค</li> </ol>		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2557      2558      2559
	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	-      -      -
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>น.พ.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901776 โทรสาร : 02-5901784</li> <li>น.พ.เจษฎา ธนกิจเจริญกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</li> </ol>		ผู้อำนวยการสำนักโรคระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kepidem@gmail.com นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jessajezzy@hotmail.com

	<p>3. น.ส.ประภาศรี สามใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>4. น.ส.วัชรภรณ์ ยุบลเขต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>5. น.ส.วรรณิ ศรีสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Pat172012@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : aun-aun@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ta-liw-o@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. น.พ.เจษฎา ธนกิจเจริญกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>2. น.ส.ประภาศรี สามใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>3. น.ส.วัชรภรณ์ ยุบลเขต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>4. น.ส.วรรณิ ศรีสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jessajezzy@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Pat172012@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : aun-aun@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ta-liw-o@hotmail.com</p>



หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	15. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกซเรย์ที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B - ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>2.3.วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นที่ไม่ใช่เนื้อปอด</p> <p>3. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดหรือวัณโรคนอกปอดที่การป่วยครั้งล่าสุด มีผลการรักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <p>3.1.ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p>

	<p><b>3.2.ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันไม่พบเชื้อ (Clinically diagnosed : B - )</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p><b>3.3.วัณโรคนอกปอด (EP)</b> หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆ ที่ไม่ใช่เนื้อปอด</p> <p><b>4.กลุ่มเป้าหมาย</b> คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม</p> <p><b>5.ผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม</b> หมายถึง ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)</p>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559)				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p><b>การจัดเก็บข้อมูลเลือก 1 วิธี จากแนวทางดังนี้</b></p> <p>1. แบบฟอร์ม TB08 ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาส ที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือ โปรแกรม TBCM online และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. แบบฟอร์ม TB08 ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข</p>				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>1. แบบฟอร์ม TB08 หรือ</p> <p>2. ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ</p> <p>3. โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (TBCM 2010) หรือ</p> <p>4. โปรแกรม TBCM online</p>				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในCohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)				
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในCohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560				
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	(A/B) × 100				

	<p><b>เงื่อนไขการคำนวณ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กลุ่มเป้าหมายและช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) และครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2560</li> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) จะมีระยะเวลาการรักษามากกว่าช่วงระยะที่จะสรุปผลการรักษา(Outcome) ในเดือน สิงหาคม 2560 ในปีนี้จึงยกเว้นไม่นำผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มารวมประเมินผลการรักษา(Outcome) โดยให้คิดเฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เท่านั้น</li> <li>● กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค</li> </ul>										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 หรือ ไตรมาส 3										
<p><b>เกณฑ์การประเมิน</b></p> <p>ปี 2560 - 2564 :</p> <table border="1" data-bbox="268 1084 1337 1196"> <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 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </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 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85								
วิธีการประเมินผล :	<p><b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b></p> <p>ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้</p> <table border="1" data-bbox="507 1424 1458 1536"> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≤81</td> <td>82</td> <td>83</td> <td>84</td> <td>≥85</td> </tr> </table>	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	≤81	82	83	84	≥85
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน							
≤81	82	83	84	≥85							
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ</li> <li>2. แบบฟอร์ม TB08</li> <li>3. ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online</li> <li>4. ระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณโรค (<a href="http://www.tbthailand.org/data">www.tbthailand.org/data</a> )</li> </ol>										

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค	ร้อยละ	81.4	80.4	ยังไม่ครบกำหนดการประเมินและรายงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. แพทย์หญิงผลีน กมลวัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>2. นายสุสันต์ จิตติมณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2122279 ต่อ 1211 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>4. นางสาววิลาวรรณ สมทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในภาพรวมของประเทศ</p> <p>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในระดับพื้นที่</p> <p>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>แนวทางการประเมินผล</p> <p><b>1 ระดับสำนักวัณโรค</b></p> <p>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในภาพรวมของประเทศ</p> <p><b>2 ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</b></p> <p>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในระดับพื้นที่</p> <p><b>3 ระดับจังหวัด</b></p> <p>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด</p>				

<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935 <b>กรมควบคุมโรค</b>	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wilwan@yahoo.com
---	--	--

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

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

แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูล RIHIS จากสำนักโรคเอดส์ และการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากสำนักระบาดวิทยา&ศบ.จอ. กรมควบคุมโรค								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จำแนกรายกลุ่มประชากร (จำนวน MSM &TG ,SW,PWID)รายจังหวัด								
รายการข้อมูล 2	B = คาดประมาณจำนวนประชากรของกลุ่มประชากรหลัก รายจังหวัดของแต่ละกลุ่มประชากร								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ : จำนวนกลุ่มประชากรหลัก ๆ ในสูตร ทั้งตัวตั้ง และตัวหาร หมายถึง ใช้ข้อมูลที่เป็นผลรวมของ MSM&TG + SW + PWID								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน 85 %</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน 85 %
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน						
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 85 %						
ปี 2561 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน 87%</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน 87%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน						
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 87%						
ปี 2562 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน 90%</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน 90%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน						
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 90%						
ปี 2563 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน 92%</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน 92%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน						
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 92%						
ปี 2564 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน 94%</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน 94%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน						
-	-	-	ผลการดำเนินงาน 94%						
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจาก ผลการดำเนินงาน บรรลุตามเป้าหมายที่เกณฑ์ตั้งไว้ในแต่ละปีหรือไม่ โดยมีเกณฑ์ คะแนน ตามผลการดำเนินงาน โดยให้แต่ละจังหวัด รายงานผลการดำเนินงาน จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้เข้าถึงบริการป้องกัน จำแนกรายกลุ่มประชากร								
เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูล จำนวน.กลุ่มประชากรหลัก ที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS จำแนกรายกลุ่มประชากร 2.ข้อมูล การคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก จำแนกรายกลุ่มประชากร								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	
	ร้อยละ	53	61	65	-	
เกณฑ์การให้คะแนน						
	ผลงานรายปี ปี2560	ได้ 1 คะแนน	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน	ได้ 4 คะแนน	ได้ 5 คะแนน
	ร้อยละ	81	83	85	87	89
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	1. นายแพทย์ทวิทรัพย์ ศิรประภาศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-3884 โทรสาร :		ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหารจัดการ ปัญหาเอดส์แห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 086-880-0701 E-mail : taweesap@rocketmail.com			
	2. นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณี โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-590-3201 โทรสาร :		ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โทรศัพท์มือถือ : 084-378-3913 E-mail : sumet_0@hotmail.com			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนาถดา ประสงค์ศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903084 โทรสาร :		โทรศัพท์มือถือ : E-mail : potisi2002@yahoo.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) กรมควบคุมโรค					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. คุณเพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903208 โทรสาร : 02-5918413		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 E-mail : pensri43@hotmail.com			
	2. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-590-3828 โทรสาร :02-9659153		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 E-mail : itimpornt@yahoo.com			
	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค					



หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	17. ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ				
คำนิยาม	<p>1. มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระในประชาชน 15 ปีขึ้นไป โดยต้องผ่านการคัดกรองด้วยวาจาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>2. ประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษา และติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเป้าหมาย มีการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชน 129,200 ราย ในพื้นที่ 27 จังหวัดเสี่ยงสูง 84 อำเภอ 190 ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 6 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด (เขตพื้นที่สุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และลงทะเบียนข้อมูลในโปรแกรม Isan-cohort				
แหล่งข้อมูล	<p>1. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ข้อมูลจาก...ศร. (1, 6, 7, 8, 9, 10)</p> <p>2. จำนวนตำบลเป้าหมาย 190 ตำบล ใช้ข้อมูลจาก...สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (27 จังหวัด)</p> <p>3. ฐานข้อมูล Isan-cohort คือโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ</p>				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย 190 ตำบล				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

**เกณฑ์การประเมิน :**

**ปี 2560 :** เป้าหมาย 190 ตำบล

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

**ปี 2561 :** เป้าหมาย 1,000 ตำบล

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

**ปี 2562 :** เป้าหมาย 2,300 ตำบล

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

**ปี 2563 :** เป้าหมาย 3,329 ตำบล

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

**ปี 2564 :** เป้าหมาย 3,329 ตำบล (ติดตามผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ)

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

**วิธีการประเมินผล :**

1. ความก้าวหน้าในการดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ
2. ความก้าวหน้าในการดำเนินการรักษาและติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

**เอกสารสนับสนุน :**

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

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

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

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

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

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

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)			
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี			
คำนิยาม	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้น ที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน				
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	≤ 5.0	≤ 4.5	≤ 4.0	≤ 3.5
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของ กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. สถานบริการบันทึกข้อมูลการตายในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของ กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≤ 643 คน	≤ 631 คน	≤ 617 คน	≤ 600 คน
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≤ 587 คน	≤ 574 คน	≤ 558 คน	≤ 540 คน
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≤ 527 คน	≤ 514 คน	≤ 498 คน	≤ 480 คน

ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 467 คน		≤ 454 คน		≤ 438 คน			
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 420 คน		≤ 394 คน		≤ 378 คน			
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 407 คน		≤ 394 คน		≤ 360 คน			
วิธีการประเมินผล :		ส่วนกลาง ให้คะแนนโดยดูจากอัตราการตายจากการจมน้ำในปี พ.ศ. 2560 ดังนี้					
		คะแนน	1	2	3	4	5
		อัตรา	>5.6 - 5.8	>5.4 - 5.6	>5.2 - 5.4	>5.0 - 5.2	≤5.0
เอกสารสนับสนุน :		1. สถานการณ์การป้องกันเด็กจมน้ำ 2. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน 3. สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเด็กจมน้ำ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ (www.thaincd.com)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
				2557	2558	2559	
		5.9	อัตราต่อประชากรเด็กแสนคน	6.8	5.9	-	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางสุชาดา เกติมงคลการ 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 <b>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</b>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางสุชาดา เกติมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3967      โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร :      E-mail: jew_suchada@hotmail.com					

	<p>2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3967      โทรศัพท์มือถือ : 089-130 3519 โทรสาร :      E-mail: som_atat@yahoo.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
--	---

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)									
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ									
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ									
ลักษณะ	Lagging Indicator									
ระดับการวัดผล	ประเทศ									
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน									
คำนิยาม	<p>อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงช็อกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยมีเป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) เมื่อสิ้นสุดทศวรรษปี 2563 จะต้องลดการเสียชีวิตลงร้อยละ 50 จากปี 2554 ดังนั้นจะต้องลดการตายลงอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี โดยใช้ข้อมูลการตายจากการบูรณาการ 3 ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลมรณบัตรของกรมการปกครอง ฐานข้อมูลจากระบบ POLIS ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และฐานข้อมูลจากระบบ e-claim ของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด มีรายละเอียดแต่ละปี ดังนี้</p>									
ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
Based line	ลดลง 5%	ลดลง 10%	ลดลง 15%	ลดลง 20%	ลดลง 25%	ลดลง 30%	ลดลง 35%	ลดลง 40%	ลดลง 45%	ลดลง 50%
22,886	21,742	20,597	19,453	18,309	17,165	16,020	14,876	13,732	12,587	11,443
35.66	33.83	31.87	29.95	27.98	26.23	24.49	22.74	20.99	19.24	17.49
เกณฑ์เป้าหมาย										
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ลดลง 30%จากปี 2554	ลดลง 35%จากปี 2554	ลดลง 40%จากปี 2554	ลดลง 45%จากปี 2554	ลดลง 50%จากปี 2554						
ไม่เกิน 24.49 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 22.74 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 20.99 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 19.24 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 17.49 ต่อประชากรแสนคน						
หมายเหตุ : ในปี 2560 ขอใช้เป้าหมาย 18 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งได้กำหนดไว้ใน PA ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลในการประเมินจากมรณบัตรของกรมการปกครอง โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ให้รหัส ICD10										
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน									

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการบูรณาการข้อมูลการตาย 3 ฐาน โดยผ่านโปรแกรมบูรณาการของหน่วยงาน ส่วนกลาง															
แหล่งข้อมูล	จากระบบบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน ของส่วนกลาง ได้แก่ 1. ข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ให้รหัส ICD10 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากระบบ POLIS ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 3. ข้อมูลจากระบบ e-claim ของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน(V01-V89) ทั้งหมดปีงบประมาณปัจจุบัน															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน(V01-V89) ทั้งหมดของปี 2554 (based line)															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/B \times 100$ (ร้อยละของการลดลง)															
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4															
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> <b>ปี 2560-2564 : จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน</b>																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2560</th> <th>ปี 2561</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ลดลง 30% จากปี 2554</td> <td>ลดลง 35% จากปี 2554</td> <td>ลดลง 40% จากปี 2554</td> <td>ลดลง 45% จากปี 2554</td> <td>ลดลง 50% จากปี 2554</td> </tr> <tr> <td>ไม่เกิน 24.49 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 22.74 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 20.99 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 19.24 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17.49 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ลดลง 30% จากปี 2554	ลดลง 35% จากปี 2554	ลดลง 40% จากปี 2554	ลดลง 45% จากปี 2554	ลดลง 50% จากปี 2554	ไม่เกิน 24.49 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 22.74 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 20.99 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 19.24 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 17.49 ต่อประชากรแสนคน
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564												
ลดลง 30% จากปี 2554	ลดลง 35% จากปี 2554	ลดลง 40% จากปี 2554	ลดลง 45% จากปี 2554	ลดลง 50% จากปี 2554												
ไม่เกิน 24.49 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 22.74 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 20.99 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 19.24 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 17.49 ต่อประชากรแสนคน												
<b>หมายเหตุ :</b> ในปี 2560 ขอใช้เป้าหมาย 18 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งได้กำหนดไว้ใน PA ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลในการประเมินจากมรณบัตรของกรมการปกครอง โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้รหัส ICD10																
<b>แนวทางการดำเนินงาน :</b>	<b>แนวทางการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ใน 4 ด้าน ดังนี้</b>  1. มาตรการบริหารจัดการ ได้แก่ SAT/EOC-RTI คุณภาพ, TEA Unit คุณภาพ ใน รพ. A S M1, สสอ./รพช. เป็นเลขาฯร่วมใน ศปถ. อำเภอ และการสนับสนุนงบประมาณจากเขตสุขภาพ จัดทำแผนบูรณาการร่วมกับ ศปถ.อำเภอ/ศปถ.จังหวัด พร้อมกำหนดให้มีการติดตามประเมินผล  2. มาตรการข้อมูล ได้แก่ Integration of Data 3 ฐาน, การพัฒนา IS online ใน รพ. A S M1, การสอบสวนการบาดเจ็บ (Investigation) และการจัดการข้อมูล (Information for Action) ให้มีการนำเสนอข้อมูลความเสี่ยงสำคัญ เช่น การขี่เป้า จุดเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง ยานพาหนะเสี่ยง ผ่าน ศปถ.จังหวัด/อำเภอ															





	<p>2. นางสาวชลธิชา คำสอ</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน :02-590-3967      โทรศัพท์มือถือ : 089-924-3915</p> <p>โทรสาร : 02-590-3968      E-mail : c.kamsor@gmail.com</p> <p><b>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</b></p>
--	---

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่				
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน ในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14)				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 536 คน ต่อแสนประชากร	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 531 คน ต่อแสนประชากร	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 526 คน ต่อแสนประชากร	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 521 คน. ต่อแสนประชากร	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 516 คน ต่อแสนประชากร
	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 258 คน ต่อแสนประชากร	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 256 คน ต่อแสนประชากร	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 254 คน ต่อแสนประชากร	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 252 คน ต่อแสนประชากร	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 250 คน ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง 2. เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณ 2560				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณ 2560				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	(A/C) x 100,000		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	(B/C) x 100,000		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 30 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์		
เกณฑ์การประเมิน : วัดผลลัพธ์อัตราผู้ป่วยรายใหม่โดยประเมินผลปีละ 1 ครั้ง ในรอบ 12 เดือน			
ปี 2560 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
			<b>1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่</b> 536 คน ต่อแสนประชากร <b>2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่</b> 258 คน ต่อแสนประชากร
ปี 2561 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
			<b>1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่</b> 531 คน ต่อแสนประชากร <b>2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่</b> 256 คน ต่อแสนประชากร
ปี 2562 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
			<b>1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่</b> 526 คน ต่อแสนประชากร

				2.ผู้ป่วย โรคเบาหวานราย ใหม่ 254 คน ต่อแสนประชากร
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	1.ผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงรายใหม่ 521 คน. ต่อแสนประชากร 2.ผู้ป่วย โรคเบาหวานราย ใหม่ 252 คน ต่อแสนประชากร
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	1.ผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงรายใหม่ 516 คน ต่อแสนประชากร 2.ผู้ป่วย โรคเบาหวานราย ใหม่ 250 คน ต่อแสนประชากร
วิธีการประเมินผล :	1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง 2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน			
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการจัดการบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ - โรคความดันโลหิตสูง - โรคเบาหวาน	ต่อแสน ประชา กร	- -	795 401	714 344
ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์โดย : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903982		รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 089-515-5911 E-mail : dr.tum@hotmail.com		
	2.แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร : 02-5903982		ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 081-341-5408 E-mail : jurekong@gmail.com		
	3.แพทย์หญิงสุนนี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903965 โทรสาร : 02-5903982		ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์มือถือ : 089-515-5911 E-mail : wsu_1978@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974 โทรสาร : 02-5903972		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 E-mail : ncdplan@gmail.com		
	กรมควบคุมโรค				

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

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



<p>สสจ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มีแผนบูรณาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตลอดห่วงโซ่ระดับจังหวัด</li> <li>• ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน</li> <li>• รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน</li> <li>• รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน</li> <li>• รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</li> <li>• ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด</li> </ul>																																																											
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) และห้องปฏิบัติการแล้วแต่กรณี</p>																																																														
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>เอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 28.1-28.8</p>																																																														
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย นับ</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. อาหารสด</td> <td></td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>1.1 ผักผลไม้สด*</td> <td>ร้อยละ</td> <td>96.91</td> <td>97.82</td> <td>97.52</td> </tr> <tr> <td>1.2 เนื้อสัตว์สด*</td> <td>ร้อยละ</td> <td>98.47</td> <td>95.51</td> <td>92.94</td> </tr> <tr> <td>2. อาหารแปรรูป</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.1 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2.2 ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>59.46</td> <td>67.08</td> <td>68.36</td> </tr> <tr> <td>2.3 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร</td> <td>ร้อยละ</td> <td>67.31</td> <td>84.21</td> <td>66.70</td> </tr> <tr> <td>2.4 นมโรงเรียน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>92.86</td> <td>92.28</td> <td>91.07</td> </tr> <tr> <td>2.5 ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ ผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/ก๊วยชนมจีน)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>76.04</td> <td>67.68</td> <td>71.25</td> </tr> <tr> <td>2.6 น้ำมัน*</td> <td>ร้อยละ</td> <td>89.14</td> <td>84.60</td> <td>76.82</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ: *ผลการดำเนินงานโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น</p>					Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	1. อาหารสด		-	-	-	1.1 ผักผลไม้สด*	ร้อยละ	96.91	97.82	97.52	1.2 เนื้อสัตว์สด*	ร้อยละ	98.47	95.51	92.94	2. อาหารแปรรูป					2.1 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ร้อยละ	-	-	-	2.2 ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์	ร้อยละ	59.46	67.08	68.36	2.3 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ร้อยละ	67.31	84.21	66.70	2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.86	92.28	91.07	2.5 ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ ผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/ก๊วยชนมจีน)	ร้อยละ	76.04	67.68	71.25	2.6 น้ำมัน*	ร้อยละ	89.14	84.60	76.82
Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.																																																													
		2557	2558	2559																																																											
1. อาหารสด		-	-	-																																																											
1.1 ผักผลไม้สด*	ร้อยละ	96.91	97.82	97.52																																																											
1.2 เนื้อสัตว์สด*	ร้อยละ	98.47	95.51	92.94																																																											
2. อาหารแปรรูป																																																															
2.1 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ร้อยละ	-	-	-																																																											
2.2 ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์	ร้อยละ	59.46	67.08	68.36																																																											
2.3 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ร้อยละ	67.31	84.21	66.70																																																											
2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.86	92.28	91.07																																																											
2.5 ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ ผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/ก๊วยชนมจีน)	ร้อยละ	76.04	67.68	71.25																																																											
2.6 น้ำมัน*	ร้อยละ	89.14	84.60	76.82																																																											

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901614      โทรศัพท์มือถือ : 081-8579535 โทรสาร : 02-5901614      E-mail : privaxma@hotmail.com</p> <p><b>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</b></p> <p>2. นายวันชัย ศรีทองคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907216      โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5915462      E-mail : wanchai@fda.moph.go.th</p> <p><b>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</b></p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นางนิธิตี บัตรพรรณนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901614      โทรศัพท์มือถือ : 093-3296998 โทรสาร : 02-5901614      E-mail : pattanastar@hotmail.com</p> <p><b>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</b></p> <p>2. นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907214      โทรศัพท์มือถือ : 087-3389303 โทรสาร : 02-5907322      E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>3. นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907214      โทรศัพท์มือถือ : 086-6914195 โทรสาร : 02-5907322      E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p><b>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</b></p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย) เฉพาะผลงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</p> <p>2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. น.ส.จิตธาดา ช่างเจริญ      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292      โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786 โทรสาร : 02-5918457      E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p><b>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองแผนงานและวิชาการ)</b></p>

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p><u>1.สัญลักษณ์โภชนาการ</u> <u>อย่างง่าย</u></p> <p>1.1 ได้ (ร่าง) เกณฑ์สัญลักษณ์โภชนาการสำหรับกลุ่มอาหารที่มีขอบข่าย ดังนี้</p> <p>1) อาหารกึ่งสำเร็จรูป</p> <p>2) ขนมขบเคี้ยว</p> <p>รวมถึงผลิตภัณฑ์ OTOPs</p> <p>1.2 ได้คู่มือหรือสื่อสิ่งพิมพ์ ประชาสัมพันธ์</p> <p><u>2. ฉลากอาหารแบบจีดีเอ</u></p> <p>2.1 ได้ (ร่าง) ประกาศ สธ.อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการและค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม แบบ GDA</p>	<p><u>1.สัญลักษณ์โภชนาการ</u> <u>อย่างง่าย</u></p> <p>1.1 ได้ (ร่าง) เกณฑ์สัญลักษณ์โภชนาการสำหรับกลุ่มอาหารที่มีขอบข่าย ได้แก่ ไอศกรีม</p> <p><u>2. ฉลากอาหารแบบจีดีเอ</u></p> <p>2.1 ประชาพิจารณ์ (ร่าง) ประกาศ สธ.อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการและค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม แบบจีดีเอ</p> <p><u>3. ประชาสัมพันธ์และ</u> <u>เผยแพร่ความรู้</u></p>	<p><u>1.สัญลักษณ์โภชนาการ</u> <u>อย่างง่าย</u></p> <p>1.1 ได้ (ร่าง)เกณฑ์สัญลักษณ์โภชนาการสำหรับกลุ่มอาหารที่มีขอบข่าย ดังนี้</p> <p>1) ผลิตภัณฑ์โฮลเกรน</p> <p>2) น้ำมันและไขมัน</p> <p><u>2. ฉลากอาหารแบบจีดีเอ</u></p> <p>2.1 เสนอ (ร่าง) ประกาศ สธ.อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการและค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมันและโซเดียมแบบจีดีเอ ต่อคณะกรรมการอาหาร</p> <p><u>3. ประชาสัมพันธ์และ</u> <u>เผยแพร่ความรู้</u></p>	<p>1. ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้</p> <p>2. ประเมินพฤติกรรมผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร</p>

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 20</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 50</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 70</p>	<p>ประเมินผลผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดี ร้อยละ 70</p>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 20</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 50</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 70</p>	<p>ประเมินผลผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดี ร้อยละ 71</p>



<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรสาร : 02-5918457</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
โครงการที่	2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป														
คำนิยาม	<p>ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิง ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p>บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมาย ว่าด้วยยาสูบ</p> <p>การบริโภคยาสูบ หมายถึง การเสพยาสูบโดยวิธีสูบ/ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นในปากหรือจมูกหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน</p> <p>ความชุกของผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ร้อยละของจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่ ในช่วงระยะเวลา 1 ปี</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> <tr> <td>18</td> <td>17.5</td> <td>17</td> <td>16.5</td> <td>16</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	18	17.5	17	16.5	16
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
18	17.5	17	16.5	16											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>ลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง</li> <li>เพื่อลดการบริโภคยาสูบของประชากรไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD ของประชากรวัยทำงานในปัจจุบัน</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย อายุ 15-70 ปี														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือ HDC e-file														
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสถิติแห่งชาติ /สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ /สนย.สป														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรทั้งหมดอายุ 15 ปีขึ้นไป														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (จากการสำรวจ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ/การสำรวจ ทุก 2 ปี หรือ การสำรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือ HDC e-file)														
เกณฑ์การประเมิน	<p>ปี 2560 :</p> <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></td> <td></td> <td></td> <td>≤ ร้อยละ 18</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				≤ ร้อยละ 18		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
			≤ ร้อยละ 18												

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

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

คะแนน	1	2	3	4	5
ความชุก ของผู้สูบบุหรี่ของ ประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ)	มากกว่า ร้อยละ 20.90	ร้อยละ 20.90-	ร้อยละ 19.90-	ร้อยละ 19.00 -	≤ ร้อยละ <b>18</b>

**แนวทางการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ**

1. บูรณาการแผนงานโครงการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดและมีการจัดตั้งหรือบูรณาการ คณะอนุกรรมการ/คณะกรรมการควบคุมยาสูบกับคณะกรรมการอื่นที่มี เพื่อวางแผน ควบคุมกำกับการทำงานระดับจังหวัด
2. ส่งเสริม สนับสนุน และร่วมกับจังหวัดในการดำเนินงานการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะ เยาวชน(Gen Z) ในพื้นที่ทั้งในโรงเรียน/ สถานศึกษาและชุมชน
3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ให้กับเยาวชนและคนในชุมชน
4. ส่งเสริม สนับสนุนสร้างความครอบคลุมการบริการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพ ทุกระดับ
5. จัดให้มีบริการเชิงรุกในชุมชน โดยมีการบูรณาการและส่งเสริมการดำเนินงาน กิจกรรม 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน



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

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

เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				<b>คำนวณจากข้อมูล</b> - รายงานผลการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศ ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณ นำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต - ข้อมูลประชากรกลางปีอายุ 15 ปี ขึ้นไป	
วิธีการประเมินผล :	คำนวณจากสูตรตัวชี้วัด				
เอกสารสนับสนุน :	1. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 2. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ลิตร แอลกอฮอล์ บริสุทธิ์/คน/ ปี	6.91	6.95	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สมาน พุตระกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919315 โทรสาร :		ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : smarnf22@gmail.com		
	2. นางสาวจุรีย์ อูสาหะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903032 โทรสาร :		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jureeu@gmail.com		
	<b>สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค</b>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวเสาวลักษณ์ เนคมานุรักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903032 โทรสาร :		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : alcoholplan@gmail.com		
	2. นางสาวณัฐิกา ศรีรอด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903032 โทรสาร :		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : alcoholplan@gmail.com		
	<b>สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค</b>				

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



	<p>5. นางยุพา กลิ่นสุคนธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร :</p> <p><b>สำนักบริหารการสาธารณสุข</b></p> <p>6. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร :</p> <p><b>สำนักบริหารการสาธารณสุข</b></p> <p>7. นางไพวัล อางหาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p><b>ศอ.ปส.สธ.</b></p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-9279826 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-1050344 E-mail :</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8107445 E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ. อัครพล คุรุศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p><b>สำนักบริหารการสาธารณสุข</b></p> <p>2. นางยุพา คงกลิ่นสุคนธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร :</p> <p><b>สำนักบริหารการสาธารณสุข</b></p> <p>3. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร :</p> <p><b>สำนักบริหารการสาธารณสุข</b></p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการ สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9279826 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-1050344 E-mail :</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	26. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด														
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ที่ได้รับการตรวจสอบ หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ส่วนกลาง เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น</li> <li>2) ส่วนภูมิภาค เก็บตัวอย่างตาม <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1) แผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย.</li> </ol> (ในตัวชี้วัดส่วนภูมิภาค) เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2) แผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต</li> </ol> </li> </ol> <p>ไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ถูกฉ้อฉล</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 95	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>95</td> <td>96</td> <td>97</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	95	96	97	98	99
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
95	96	97	98	99											
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นับที่ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ตามแบบรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส														
แหล่งข้อมูล	สำนัก/กองผลิตภัณฑ์ สำนักด้านอาหารและยา กอง คบ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบทั้งหมด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)		
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
ปี 2560 - 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<b>1. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b>			
<p>1. คณะทำงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>2. ทีมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนกลาง และจังหวัด (ทีม SAT)</p> <p>3. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน</p> <p>3.1 ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวัง 6 มิติ</p> <p>3.2 หลักเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง</p> <p>3.3 ระบบฐานข้อมูลและช่องทางการรายงาน</p> <p>4. แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) แบบบูรณาการภายใต้กลไกใหม่</p>	<p>1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 เดือน</p> <p>2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา</p>	<p>1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 9 เดือน</p> <p>2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา</p>	<p>1. สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ</p> <p>2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>3. ถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงในปีต่อไป</p>
<b>2. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตาม PA ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>			
<p>5. แผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค</p> <p>6. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30</p>	<p>3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65</p>	<p>3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100</p>	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน :	-		



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่รวมส่วนภูมิภาค)	ร้อยละ	94.94	95.22	
	- ยา		99.71	99.96	
	- อาหาร		94.01	94.43	
	- เครื่องสำอาง		97.67	96.55	
	- เครื่องมือแพทย์		94.04	91.19	
	- วัตถุอันตราย		97.40	90.24	
	- วัตถุเสพติด		92.26	96.43	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. น.ส.ยิวดี พัฒนวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907070 โทรสาร : 02-591-8479		ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-8116873 E-mail : puyuwade@fda.moph.go.th		
	2. นายวชิระ อำพนธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907332 โทรสาร : 02-5918471		ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 081-9288013 E-mail : vachira@fda.moph.go.th		
	3. น.ส. สุมาลี พรกิจประสาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907154 โทรสาร : 02-5918446		ผู้อำนวยการสำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุ อันตราย โทรศัพท์มือถือ : 084-3618393 E-mail : sumayee@fda.moph.go.th		
	4. น.ส. สุกัษรา บุญเสริม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907351 โทรสาร : 02-5918477		ร.ก.ผู้อำนวยการสำนักด้านอาหารและยา โทรศัพท์มือถือ : 081-845-9043 E-mail : pongchai@fda.moph.go.th		
	5. น.ส. สุกัญญา เจียรพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907162 โทรสาร : 02-5918390		ผู้อำนวยการสำนักยา โทรศัพท์มือถือ : 089-0416563 E-mail : sukanya@fda.moph.go.th		
	6. น.ส. ทิพย์วรรณ ปริญาศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907175 โทรสาร : 02-5918460		ผู้อำนวยการสำนักอาหาร โทรศัพท์มือถือ : 089-8116899 E-mail : tipvon@hotmail.com		



หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	27. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพ 2 กลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งมี 2 ประเภทได้แก่ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลเอกชน) ทั่วประเทศ</li> <li>▪ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559</li> </ul> <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด</li> <li>▪ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด</li> </ul>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาล</p> <p>ได้รับการตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 100</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาล</p> <p>ได้รับการตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 100</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาล</p> <p>ได้รับการตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 100</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาล</p> <p>ได้รับการตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 100</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาล</p> <p>ได้รับการตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 100</p>
<p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการ</p> <p>เพื่อสุขภาพได้รับ</p> <p>การตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 60</p> <p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>รวมเฉลี่ย ร้อยละ</p> <p>80</p>	<p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการ</p> <p>เพื่อสุขภาพได้รับ</p> <p>การตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 65</p> <p>-</p>	<p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการ</p> <p>เพื่อสุขภาพได้รับ</p> <p>การตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 70</p> <p>-</p>	<p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการ</p> <p>เพื่อสุขภาพได้รับ</p> <p>การตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 75</p> <p>-</p>	<p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการ</p> <p>เพื่อสุขภาพได้รับ</p> <p>การตรวจ</p> <p>ผ่านเกณฑ์ฯ</p> <p>ร้อยละ 80</p> <p>-</p>

วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	B1 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $((A1/A2) \times 100 + (B1/B2) \times 100)/2$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<b>กลุ่มที่ 1</b> สถานพยาบาล ร้อยละ 25	<b>กลุ่มที่ 1</b> สถานพยาบาล ร้อยละ 50	<b>กลุ่มที่ 1</b> สถานพยาบาล ร้อยละ 75	<b>กลุ่มที่ 1</b> สถานพยาบาล ร้อยละ 100
<b>กลุ่มที่ 2</b> สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 30	<b>กลุ่มที่ 2</b> สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 40	<b>กลุ่มที่ 2</b> สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 50	<b>กลุ่มที่ 2</b> สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 60
<b>เกณฑ์การประเมิน            รวมเฉลี่ย</b> สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 27.5	<b>เกณฑ์การประเมิน            รวมเฉลี่ย</b> สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 45	<b>เกณฑ์การประเมิน            รวมเฉลี่ย</b> สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 62.5	<b>เกณฑ์การประเมิน            รวมเฉลี่ย</b> สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

**กลุ่ม 1** จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและ/หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด โดย สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

**กลุ่ม 2** จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด โดย กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เอกสารสนับสนุน :

-



	<p>2. นางสาวประนอมณัฐา วิไลรัตน์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18407      โทรศัพท์มือถือ : 081-7319764  โทรสาร : 02-1495631      E-mail: mew5555@hotmail.com</p> <p><b>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</b>  <u>กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรม  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18426      โทรศัพท์มือถือ : 090-197-6193  โทรสาร :      E-mail: porntep.taro@gmail.com</p> <p>2. นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18405      โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร :  E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com</p> <p><b>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b>  <u>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</u></p> <p>1. นายนพดล ครุฑน้อย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18815      โทรศัพท์มือถือ : 086-3932553  โทรสาร : 02-1937000 ต่อ 18815      E-mail : dol.kru@gmail.com</p> <p><b>กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b></p>
--	--

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

	<b>ระดับดี</b>	
		11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
		12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (OPD)
	<b>ระดับดีมาก</b>	
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับดี	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ ระดับดี	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้ศูนย์อนามัยเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของเขต 3. ศูนย์อนามัยรวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้หน่วยงานส่วนกลาง			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2 และ 4			



เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมตรวจประเมินโรงพยาบาล GREEN &amp; CLEAN Hospital ที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ</p> <p>2. ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาล มีแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</p>	<p>1. ร้อยละ 60 ของจังหวัด ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>2. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน</p>	<p>1. ร้อยละ 80 ของจังหวัด ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>2. ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน</p>	<p>1. ร้อยละ 100 ของจังหวัด ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>2. ร้อยละ 75 ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน</p>

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>จังหวัดและโรงพยาบาล มีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 50</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 75</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100</p>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>จังหวัดและโรงพยาบาล มีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 30</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 60</p>	<p>รพ. ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 75</p>

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดและโรงพยาบาล มีแผนปฏิบัติการเพื่อ พัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 75	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 100

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดและโรงพยาบาล มีแผนปฏิบัติการเพื่อ พัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 60	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 75

วิธีการประเมินผล :

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

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือแนวทางการดำเนินกิจกรรม GREEN
2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล
3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ประเภท สถาน พยาบาล	จำนวน (แห่ง)	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ					
		การจัดการ มูลฝอย ติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนิน กิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนิน กิจกรรม GREEN และ การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ
รพศ.	28	28	100	17	60.7	17	60.7
รพท.	88	86	97.7	49	55.7	48	54.6
รพช.	780	720	92.3	288	36.9	275	35.3
<b>รวม</b>	<b>896</b>	<b>834</b>	<b>93.1</b>	<b>354</b>	<b>39.5</b>	<b>340</b>	<b>37.9</b>



หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม														
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	29. จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน														
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง จังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</li> <li>2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยผ่าน คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อศจ.)</li> <li>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลรพช./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย ร้อยละ 100</li> <li>4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</li> <li>5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน</li> <li>6. มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</li> </ol>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</td> <td>ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</td> <td>ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดส่งข้อมูลให้ศูนย์อนามัย</li> <li>2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง</li> <li>3. หน่วยงานส่วนกลางรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ</li> <li>4. การรายงานผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวง</li> </ol>														
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ระดับพื้นฐาน														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด														

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 50	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดยศอ.)
ปี 2561			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี ร้อยละ 40	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี (ประเมินโดยศอ.)
ปี 2562			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี ร้อยละ 50	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดี (ประเมินโดยศอ.)
ปี 2563			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 40	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)

ปี 2564					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	จังหวัดประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 50	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพฯ ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)		
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินตนเองของจังหวัด</li> <li>2. ศูนย์อนามัยประเมินจังหวัดในการมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ</li> <li>3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ</li> </ol>				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</li> <li>2. คู่มือการปฏิบัติงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</li> <li>3. แนวทางการปฏิบัติตามมติคณะกรรมการสาธารณสุข</li> <li>4. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม</li> <li>5. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>6. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) เพื่อรองรับระบบข้อมูลระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนแนวทางการจัดทำข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับดีขึ้นไป (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 กำหนดประเด็นการประเมิน 5 ประเด็น)	ร้อยละ	-	-	94.74 (72 จังหวัด)



<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวนัยนา หาญโรดม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904180 โทรสาร : 02-5904188</p> <p>2. นางสาวนรรัตน์ อภิชัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th</p>
---	---	--



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	30. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)				
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีมให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ 10,000 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน</p> <p>รวมทีมให้บริการ 3 ทีมเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คนเภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน</p> <p>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีม ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว สำหรับปีงบประมาณ 60 เป้าหมาย รพศ./รพท. 3 ทีม ( 1 cluster ) รพช. 1 ทีมต่อจังหวัด</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	14.50 %	36 %	57 %	78 %	100%
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน				
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี 2560 เป้าหมาย = 424 ทีม ปี 2564 = 3,250 ทีม)				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	6.52 % ( 212 ทีม)	9.78 % ( 318 ทีม)	11.72 % ( 381 ทีม)	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				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 :	แบบประเมิน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	ตั้งเป้าไว้ 48 ทีมและทำได้ตามเป้าแล้ว คิดเป็น 1.48 %
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผศ (พิเศษ) นพ.สุภโชค เวชภัณฑ์เกษป์ รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-6690809 โทรสาร : E-mail : suppachok@me.com สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจิราภรณ์ สิงหเสนี  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902348 โทรสาร : 02-5902348  2. นายเกษมศานต์ ชัยศิลป์  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901379 โทรสาร :02-5901380</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์ชำนาญ การพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-9116706 E-mail : plan.bps2015@gmail.com  นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7620424 E-mail :  สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	31. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ														
คำนิยาม	<p>ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน</p> <p><b>ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง</b> ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchments population) และผู้ให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว (Family care team)</p> <p><b>ชุมชนและท้องถิ่น หมายถึง</b> ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน</p> <p><b>คุณภาพ หมายถึง</b> มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> <li>2. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทั้ง Acute &amp; Chronic care</li> </ol> <p><b>อำเภอ หมายถึง</b> เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลสุขภาพประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 878 แห่ง</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 96</td> <td>ร้อยละ 97</td> <td>ร้อยละ 98</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100											

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มี District Health System
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มี District Health System ผ่านเกณฑ์คุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเอง โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบ บริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไก แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHSคุณภาพ ร้อยละ 95

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเอง โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบ บริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ(Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไก แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHSคุณภาพ ร้อยละ 96

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบ บริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ(Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไก แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHSคุณภาพ ร้อยละ 97

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบ บริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ(Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไก แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHSคุณภาพ ร้อยละ 98

ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
การประเมินตนเอง โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ(Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไก แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHSคุณภาพ ร้อยละ 100		
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> <li>2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัย และการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)</li> <li>3. มีการดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 เรื่อง และมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับอำเภอ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>4. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)</li> </ol>				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย</li> <li>2. หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)</li> <li>3. หนังสือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	50 (428 แห่ง)	9474 (811 แห่ง)	99.5 (852 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : peed.pr@hotmail.com</li> <li>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com</li> </ol>				

	3. นางสาวสมสินี เกษมศิลป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 E-mail : somnee@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com
	2. นางสาวสมสินี เกษมศิลป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 E-mail : somnee@hotmail.com

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ลักษณะ	Leading Indicator		
ระดับการวัดผล	เขต		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	32. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้		
คำนิยาม	<p>ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 หรือ 3</p> <p>หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี 2559 ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี 2560 อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ</p> <p>ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 หรือ 3</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้			
	ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
	2560	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2559 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2559 หรือ มากกว่า 50%
	2561	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2560 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2560 หรือ มากกว่า 50%
	2562	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2561 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2561 หรือ มากกว่า 50%
	2563	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2562 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2562 หรือ มากกว่า 50%
	2564	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2563 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2563 หรือ มากกว่า 50%



วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3) 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาล อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	$(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความ ดันโลหิตสูง)	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559

ปี 2561 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2560
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2560

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2561
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2561

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2562
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2562

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2563	
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2563	
วิธีการประเมินผล :	1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2557 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 3. แนวทางการรักษาการรักษารักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	20.49	25.18	26.49 (ข้อมูลรอบ 10 เดือน : ต.ค.58- ก.ค.59)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	19.54	25.61	27.06 (ข้อมูล 10 เดือน : ต.ค.58- ก ค.59)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรศัพท์มือถือ : 085-50515445 โทรสาร : 02-5903982 E-mail : dr.tum@hotmail.com 2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408 โทรสาร : 02-5903985 E-mail : jurekong@gmail.com 3. แพทย์หญิงสุนีย์ วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903965 โทรศัพท์มือถือ : 089-5155911 โทรสาร : 02-5903965 E-mail : wsu_1978@hotmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974 โทรสาร : 02-5903972 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 E-mail : ncdplan@gmail.com
---	---	--

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	33. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)				
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≥ 80%	≥ 82.5%	≥ 85%	≥ 87.5%	≥ 90%
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายเหตุ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน Type area 1 และ 3 หมายถึง 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Type area 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Type area 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานผลการคัดกรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥ 80%	

ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	≥ 82.5%		
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	≥ 85%		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	≥ 87.5%		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	≥ 90%		
วิธีการประเมินผล :	การรายงานผลการคัดกรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและเทียบกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> <li>โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Thai CV Risk Score)</li> <li>คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	-	-	77.89 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 กันยายน 2559 จากการติดตามผลการดำเนินงานของสคร1-12)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903982</li> <li>แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร : 02-5903985</li> </ol>		รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 085-50515445 E-mail : dr.tum@hotmail.com  โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408 E-mail : jurekong@gmail.com		

	<p>3.นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986      โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794</p> <p>โทรสาร : 02-5903985      E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974      โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387</p> <p>โทรสาร : 02-5903972      E-mail : ncdplan@gmail.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	20.8	11.3	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069822      โทรศัพท์มือถือ : 081-8434502 โทรสาร : 02-3547072      E-mail : suchathanc@yahoo.com สถาบันประสาทวิทยา</p> <p>2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ      รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357      โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851      E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>3. นางจุฑาภรณ์ บุญธง      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 1145      โทรศัพท์มือถือ : 087-1149480 โทรสาร : 02-3547072      E-mail : j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357      โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851      E-mail : pattarawin@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ      รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357      โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851      E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25906352      โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279      E-mail : moeva_dms@yahoo.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>				



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	35. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
คำนิยาม	<p>อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (ICD J440, 441)</p> <p>ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ โดยให้รหัส ICD-10 J440-J441 เป็นโรคหลัก (PDx) ในเวชระเบียน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J440-J441)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ติดตามการเปลี่ยนแปลงไตรมาส 1, 2, 3 และ 4)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	

ปี 2562:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	
ปี 2563:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	
ปี 2564:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	32.50 ครั้ง	
วิธีการประเมินผล :	จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอน 1 จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร ขั้นตอน 2 มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอน 3 อัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง			
เอกสารสนับสนุน :	แนวเวชปฏิบัติสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	146.6 ( สิทธิ UC )	ต่อแสนประชากร	221.90	315.72 (HDC)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเปี่ยมลภ แสงสายัณห์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5470999 ต่อ 30240 โทรศัพท์มือถือ : 081-8454950 โทรสาร :02-5470943 E-mail : piamlarp@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก 2. นพ.รักษ์พงศ์ เวียงเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-587800 ต่อ 1129,1122 โทรศัพท์มือถือ : 081-8366351 โทรสาร :034-587800 ต่อ 1124 E-mail : drrakpong@gmail.com รพ.พหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักสารสนเทศการแพทย์ กรมการแพทย์ 3. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ 4. กลุ่มงานอายุรศาสตร์ปอด สถาบันโรคทรวงอก			

<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 0 2591 8279</p> <p><b>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</b></p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
--	---	--

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	36. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
คำนิยาม	<p>1. การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล 18 ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมิน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ตัวชี้วัด รวมเป็นจำนวน 20 ตัวชี้วัด (หากกรณีเป็น รพ.ระดับ A – M1 จะเพิ่มการประเมินเรื่องการติดเชื้อด้านจุลชีพ (AMR) 1 ตัวชี้วัด)</p> <p>2. ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) ดังนี้</p> <p>ขั้นที่ 1 หมายถึง มีนโยบาย RDU มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผล มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด และมีการติดตามประเมินผล (และกรณีเป็น รพ.ระดับ A-M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการจัดการการติดเชื้อ (AMR) ทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ และการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล)</p> <p>ขั้นที่ 2 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU และผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 8 ตัวชี้วัด จาก 20 ตัวชี้วัด (และกรณีเป็น รพ.ระดับ A – M 1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด)</p> <p>ขั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU และผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 16 ตัวชี้วัด จาก 20 ตัวชี้วัด (และกรณีเป็น รพ.ระดับ A – M1 ต้องมีอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลงจากปีก่อน)</p> <p>3. ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance ; AMR) ในกระแสเลือด หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจากแบคทีเรีย 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter spp.</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas spp.</i>, <i>Salmonella spp.</i>, <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i></p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 ทุกแห่งและ ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 ทุกแห่งและ ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 2 ทุกแห่งและ ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 2 ทุกแห่ง และชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา (RDU) 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา (AMR)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายระดับอำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	มีกิจกรรมส่งเสริม RDU-AMR	มีรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผล ชั้นที่ 1 (เป้าหมาย ร้อยละ 80)
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผล ชั้นที่ 2 (เป้าหมาย ร้อยละ 50)

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล

เอกสารสนับสนุน :

รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
RDU ชั้นที่ 1	ร้อยละ	-	-	15 % (รพ. 133 แห่งจากรพ. ทั้งหมด 896 แห่ง)



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง				
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดและเขตสุขภาพจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2559				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2560				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน)				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	



ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

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

**ขั้นตอน 2)** มีการจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา

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

**ขั้นตอน 4)** มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย

**ขั้นตอน 5)** สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต ตามแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.ธานินทร์ โตจีน  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัทพ์มือถือ : 081-8523423  
โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail :
2. นางกนกวรรณ พิงรัมย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัทพ์มือถือ : 089-5215987  
โทรสาร : 02-5901631 E-mail :
3. นายพิทยา สร้อยสำโร  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัทพ์มือถือ : 081-2987693  
โทรสาร : 02-5901631 E-mail:refermoph@hotmail.com

สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	<b>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>	
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	1. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 2. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 <b>สำนักบริหารการสาธารณสุข</b>	ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com ตำแหน่ง : โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail :

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. อัตราตายทารกแรกเกิด				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	4	3.6	3.2	2.8	2.5
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตในหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานของโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์เชื่อมโยงฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักการบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ เพื่อประมวลผลข้อมูลการตายของทารกแรกเกิด</li> </ul>				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตร และหนังสือรับรองการตาย จากการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ 28 วัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	4.5	-	4.0	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	3.8	-	3.6	

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	3.4	-	3.2

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	3.0	-	2.8

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	2.6	-	2.5

วิธีการประเมินผล :

1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด
2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต
3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
4. มีการสรุปข้อมูล

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด
2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
	ต่อพันเกิดมีชีพ	7	7	ยังไม่ออก

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน serviceplan ทารกแรกเกิด  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578  
โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com  
**สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์**
2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  
โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com  
**กรมการแพทย์**

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  
โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com

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

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

	<p>9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง</p> <p>10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล</p>
--	---

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

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

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม</li> <li>2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า(Advance Care Plan)เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต</li> <li>3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายจากการดูแลและประสานงานของทีมสุขภาพ ครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>
---------------------	--

<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงพยาบาลทุกระดับ(ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F)ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด(ระดับ A,S,M,F)ในเขตสุขภาพ
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1

**1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1**

มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง และมีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย

**โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3**

มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย



## 1.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

มีการกำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นภารกิจส่วนหนึ่งของกลุ่มการพยาบาล มอบหมายให้มีพยาบาลรับผิดชอบเต็มเวลา กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลข้างเตียง (Primary Palliative Care) รวมทั้งทำหน้าที่เป็นเลขานุการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ เลขานุการศูนย์การดูแลแบบประคับประคองโดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง

### โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

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

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

1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

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

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

**ขั้นตอนที่ 2** มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี

### 2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S

มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

### 2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

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

(1) ปี 2561  $\geq$  ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(2) ปี 2562  $\geq$  ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(3) ปี 2563  $\geq$  ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

(4) ปี 2564  $\geq$  ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

### โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

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

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

### 2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S

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

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

### โรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3

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

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

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

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

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

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

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

มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อ ของเขตสุขภาพ ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง

- (1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล)
- (2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด)
- (3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ)
- (4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-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
- ปี 2564 มีการจัดทำระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต

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

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

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

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



<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>2. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-9659851</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : klangpol@yahoo.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายแพทย์ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน														
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การทาบหม้อเกลือ</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน</li> </ul> <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฝึกสมาธิบำบัด</li> <li>- ฝังเข็ม</li> <li>- การกดจุดบำบัด</li> <li>- การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย</li> </ul> <p>4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 60</th> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 61</th> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 62</th> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 63</th> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 18.5</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 19</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 19.5</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 20</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20											

วัตถุประสงค์	เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2) การรายงานจากจังหวัด
แหล่งข้อมูล	1) 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) 2) ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งที่มีรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งที่มีรับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

#### เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำคู่มือ/แนวทาง/รูปแบบการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> <li>- จัดทำแผนพัฒนาบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM&amp;CAM SERVICE PLAN) ในเขตบริการสุขภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในคลินิกการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐานใน รพ. สต. รพช. รพศ./รพท.</li> <li>- จัดอบรมถ่ายทอดความรู้การจัดบริการฯ แบบครบวงจรให้กับเจ้าหน้าที่ บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและผู้เกี่ยวข้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลักดันงานแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 18.5</li> </ul>

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 19

ปี 2562 :																					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน																	
				ร้อยละ 19.5																	
ปี 2563 :																					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน																	
				ร้อยละ 20																	
ปี 2564 :																					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน																	
				ร้อยละ 20																	
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																				
เอกสารสนับสนุน :	1) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2) คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
			2557	2558	2559																
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	16.59	17.51	17.15																
	1) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี พ.ศ.</th> <th>ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2553</td> <td>5.78</td> </tr> <tr> <td>2554</td> <td>11.92</td> </tr> <tr> <td>2555</td> <td>11.24</td> </tr> <tr> <td>2556</td> <td>14.05</td> </tr> <tr> <td>2557</td> <td>16.59</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>17.51</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>17.15</td> </tr> </tbody> </table>					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
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																				
	ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ ขวัญชัย วิศิษฐานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย																			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653	โทรศัพท์มือถือ : 081-9735292																			
	โทรสาร :	E-mail :																			



	<p>2. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2149 5636 โทรสาร:</p> <p>3. นางสาวรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์: 02-1495676 โทรสาร:</p> <p>4. นายสมศักดิ์ กริชชัย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495653 โทรสาร :</p> <p>5. นางศรีจรรยา โชติ๊ก  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร :</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081 872 3270 E-mail : tewantha@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : E-mail : rungnapa.pr@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพ และบริหารโครงการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683 E-mail : otkf@dtam.moph.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p><b>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b></p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p><b>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b></p>	
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นางสาวศศิธร ไทใหญ่สถิตย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร :</p> <p>2. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 084-9211511 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p>

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

	<p>สาธารณสุข ทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 ถึงปีที่ต้องการจะวัด ในฐานะข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วิเคราะห์เป็นรายหน่วยบริการ จังหวัดเขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a></p> <p><b><u>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สามารถดำเนินการได้ดังต่อไปนี้</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ทีมงานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน</li> <li>2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail : <a href="mailto:depression54@hotmail.com">depression54@hotmail.com</a> หรือ <a href="mailto:info@thaidepression.com">info@thaidepression.com</a> หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</li> </ol> <p><b><u>ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้าจากหน่วยบริการพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2</u></b></p> <p><b>คำอธิบายสูตร:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>ตัวตั้ง</b> คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38 และ F39) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มีมารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาลรพช./รพท./รพช./รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต</li> <li>● <b>ตัวหาร</b> คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระดับชาติของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7%(แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรประจำปี...(จะใช้ประชากรประจำปีย้อนหลังไป 1 ปี เนื่องจากปีที่จะวัดยังไม่มีรายงาน) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย</li> </ul>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีมารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 50	
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยการรับข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552-ปีที่ต้องการจะวัด ในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a>				
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจากฐานข้อมูล <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละ	36.76	44.14	45.90 (ณ วันที่ 25 พค. 59)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธณินท์ กองสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598		ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์มือถือ: 084-5585956 E-mail : tkongsuk@gmail.com		
	2. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598		ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 E-mail : virgojinny12@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599      โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 โทรสาร : 045-352598      E-mail : virgojinny12@gmail.com ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
---	---

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



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



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

			2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis
--	--	--	---

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis

<p>1.มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</p> <p>2.มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของ</p> <p>3.โรงพยาบาลแต่ละระดับ (เมื่อมีผู้ป่วย Sepsis)</p> <p>4.มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงาน</p> <p>หมายเหตุ : ปี 2560 ให้ดู Baseline ก่อน รอบปรับรอบเดือนมกราคม</p>						
วิธีการประเมินผล :		<p>1. รายงานผลจากฐานข้อมูล โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p> <p>2. รายงานผลของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</p>				
เอกสารสนับสนุน :		CPG Sepsis ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		N/A	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		<p>1. พญ. นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. นพ. ถนอม จิวสืบพงษ์ อายุรแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8875854 โทรสาร : E-mail : Fatman2007@gmail.com</p> <p><b>รพ.สวรรคตประชารักษ์</b></p> <p>3. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-5968535 โทรสาร : E-mail : mr.sepsis@yahoo.com</p> <p><b>รพ.พิษณุโลก</b></p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		<p>1. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02 5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. นางรจนา บำรุงศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรศัพท์มือถือ : 086-0063459 โทรสาร : 025918276 E-mail : rojana.b@yahoo.com</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</b></p>				

	<p>3. นางพรทิพภา ชัยเนตรภรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรสาร : 025918276</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</b></p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9226855 E-mail : porntippa_c@yahoo.com</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>1. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-5918276</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. นางรจนา บำรุงศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรสาร : 02-5918276</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</b></p> <p>3. นางพรทิพภา ชัยเนตรภรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรสาร : 025918276</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</b></p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-0063459 E-mail : rojana.b@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9226855 E-mail : porntippa_c@yahoo.com</p>

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

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	80	-	100	
ปี 2561:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2562:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2563:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2564:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน</li> <li>2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลชุมชน</li> <li>3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI</li> <li>4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน</li> </ol>			
เอกสารสนับสนุน :	รายงานจากทุกเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	75.93	ร้อยละ	2557	2558
			54.29	75.93
			2559	100
	ที่มาข้อมูล : สำนักบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรสาร : 02-5919972 E-mail : kk_hm2000@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</li> </ol>			



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	45. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ				
คำนิยาม	<p>อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น</p> <p>เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี 2560 – 2564) คือ ลดอัตราตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับbaseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	28	27	26	25	24
วัตถุประสงค์	ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ย ชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ(รหัส ICD-10 =I20-I25)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	-	-	28	



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 สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย

เอกสารสนับสนุน :

สถิติสาธารณสุข 2557

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
26.9 (2556)	ต่อประชากร แสนคน	27.8	28.6	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.เกรียงไกร เสงรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236  
โทรสาร : 02-5919972 E-mail : k\_hm2000@yahoo.com  
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
2. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาร รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  
โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com  
กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาร รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  
โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com  
กรมการแพทย์

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

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

	<p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกของผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกของผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p><b>หมายเหตุ</b> ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมี วันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์</li> <li>2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์</li> </ol> <p>การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic</p>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์  $\geq 85\%$
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 85\%$
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 85\%$

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด</li> <li>2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด</li> <li>3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา</li> </ol>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา</li> <li>2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R)ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์</u>(Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ</li> <li>3.2 <u>วันผ่าตัด</u> (Operation_date) ในกลุ่มการรักษาด้วยการผ่าตัด</li> </ol> </li> </ol>

	<p>3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย ในกลุ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด</p> <p>3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้ายสำหรับการรักษาด้วยรังสีรักษา</p> <p><b>กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ</b></p> <p>3.5 วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่งการรักษามะเร็ง)</p>																								
แหล่งข้อมูล	<p>1. จาก Hospital Based Cancer Registry</p> <p>2. จากหน่วยบริการผู้ป่วยศัลยกรรม ห่องผ่าตัด หน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด และหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยรังสีรักษา</p>																								
รายการข้อมูล 1	<p><math>A_{(S)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา <math>\leq 4</math> สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p><math>A_{(C)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด <math>\leq 6</math> สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p><math>A_{(R)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา <math>\leq 6</math> สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>																								
รายการข้อมูล 2	<p><math>B_{(S)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p><math>B_{(C)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p><math>B_{(R)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p>																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)																								
<p><b>เกณฑ์การประเมิน :</b></p> <p>ปี 2560:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2561:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>82</td> <td>-</td> <td>82</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	80	-	80	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	80	-	80	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	82	-	82
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	80	-	80																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	80	-	80																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	82	-	82																						

ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-		82		-	82
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-		85		-	85
วิธีการประเมินผล :		สำรวจและนิเทศติดตาม			
เอกสารสนับสนุน :		คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			ร้อยละ	2557	2558
				NA	NA
				2559	
		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2559 (ไตรมาสที่ 2)			
		1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 81.09%			
		2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ 85.15%			
		3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ 74.18%			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.วีรุฒิ อิมสำราญ	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ		
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800	โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123		
		โทรสาร : 02-3547036	E-mail : armohmy@yahoo.com		
		กรมการแพทย์			
		2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์		
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334		
		โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com		
		กรมการแพทย์			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
		2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334		
		โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์		
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357	โทรศัพท์มือถือ : 081 935 7334		
		โทรสาร : 0 2965 9851	E-mail : pattarawin@gmail.com		
		กรมการแพทย์			

	<p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p> <p><b>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</b></p>
--	---	---

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	47. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ				
คำนิยาม	<p>อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 =C220-C229) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น</p> <p>เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	23.5	23.5	23	23	22.7
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับของประชากรไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	23.5	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	23.5	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	23	



2563 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-		-		-	23	
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-		-		-	22.7	
วิธีการประเมินผล :		วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ สนย. จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :		สถิติสาธารณสุข 2557				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		23.9 (2556)	ต่อประชากร แสนคน	23.6		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		<p>1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อັตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์ รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555 โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823 โทรสาร : 02-3547037 E-mail : arkom70@hotmail.com สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		<p>1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวิรินทร์ อັตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		<p>1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อັตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	48. อัตราตายจากมะเร็งปอด				
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	18	18	18	17.5	17.2
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดของประชากรไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	18	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	18	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	18	



	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com
--	---	--

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	49. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m <sup>2</sup> /yr				
คำนิยาม	<p>eGFR หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serumcreatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI</p> <p>ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี 60 &gt;eGFR ≥ 15) หรือ ( E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี 60 &gt;eGFR ≥ 15 ) และมีการตรวจคำนวณ eGFR (LABTEST 15) ≥ 2 ค่า หากมีค่า eGFR 1 ค่าใน 1 ปี จะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้ และ สัญชาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส 099) เท่านั้น</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าร้อยละ 50 เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≥65%	≥66%	≥67%	≥68%	≥69%
วัตถุประสงค์	เพื่อชะลอความเสื่อมไต ในผู้ป่วย CKD				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>เก็บทันที (real time แบบอัตโนมัติจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) (ใช้ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก)</li> <li>การคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR ต้องมี creatinine ≥ 2 ค่าในปีงบประมาณนั้นๆ</li> <li>หน่วยที่ใช้ในการวัด เป็นร้อยละ</li> </ol>				
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> /yr x 100				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3 (ตามรอบการตรวจราชการปกติ)				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

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

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr≥ 66%

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr≥ 67%

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr≥ 68%

ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr≥ 69%	
วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	ผลการปฏิบัติงาน CKD คลินิกของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ร้อยละ	2557	2558	2559
	(ระบบเก็บข้อมูลเริ่มปี 2559)		-	-	63.6
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-273100 ต่อ 1834 โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 โทรสาร : 0-7424-6600 E-mail : kcharoen007@hotmail.com โรงพยาบาลหาดใหญ่</p> <p>2. นพ.สกันต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	อนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต ด้านระบบข้อมูล				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. พญ.วรรณิยา มีนุ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 098-2702091 โทรสาร : 02-3548146 E-mail:Wanniya_meenune@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี</p>				

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





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

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	51. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก														
คำนิยาม	<p><b>บริการสุขภาพช่องปาก</b> หมายถึง บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรค และรักษาโรคในช่องปาก ตามความจำเป็น โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมหมอครอบครัวสนับสนุนกำลังคน วัสดุ วิชาการ และกำกับติดตาม ให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการได้</p> <p><b>บริการส่งเสริมสุขภาพ</b> ได้แก่ การตรวจ/วางแผนบริการร่วมกับผู้รับบริการและให้คำแนะนำเป็นการเฉพาะรายบุคคล ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และการจัดทำความสะอาดฟัน</p> <p><b>บริการป้องกันโรคในช่องปาก</b> ได้แก่ การทาฟันด้วยฟลูออไรด์วานิช (เด็กเล็ก) การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 (อายุ 6-7 ปี) และซี่ที่ 2 (อายุ 11-12 ปี) การขูดหินน้ำลายเหนือเหงือก และการเคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>การฝึกทักษะ</b> หมายถึง กระบวนการพัฒนาศักยภาพให้ผู้รับบริการมีความสามารถปฏิบัติได้จริง โดยแนะนำ/ผู้รับบริการทดลองปฏิบัติ/และแนะนำเพิ่มเติม</li> <li>• <b>การดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง</b> ได้แก่ การตรวจช่องปากด้วยตนเองและสามารถจัดการได้เมื่อมีปัญหา การแปรงฟันได้สะอาดเพียงพอในระดับป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม (เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน) และการเลือกบริโภคอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากและเลี่ยงอาหารที่เพิ่มความเสี่ยง</li> </ul> <p><b>บริการรักษา</b> หมายถึง การรักษาพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย และถอนฟัน</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 52</td> <td>ร้อยละ 54</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 58</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในคนไทย</li> <li>2. เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิบันทึกข้อมูลในแฟ้ม Dental และ Service ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม														
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งประเทศ														

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	48.5	49	49.5	50	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50.5	51	51.5	52	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	52.5	53	53.5	54	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	54.5	55	55.5	56	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	56.5	57	57.5	58	
วิธีการประเมินผล :	วัดผลการดำเนินงานจาก หน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทุก 2 ปี โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2. รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี โดยสำนักทันตสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	-	-	-
	รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	ร้อยละ	-	5.14	50.9
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทพญ. เพ็ญแข ลาภยิ่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904213      โทรศัพท์มือถือ : 086-8944696 โทรสาร: 02-5904203                      E-mail : phenkhael@gmail.com				

	<p>2. นางสาวฉิรวรรณ รานวล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904213      โทรศัพท์มือถือ : 087-969-2995</p> <p>โทรสาร: 02-5904203      E-mail : namkajeab2012@gmail.com</p> <p><b>กรมอนามัย</b></p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>1. ทพญ. เพ็ญแข ลาภยิ่ง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904213      โทรศัพท์มือถือ : 086-8944696</p> <p>โทรสาร: 02-5904203      E-mail : phenkhael@gmail.com</p> <p><b>กรมอนามัย</b></p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ				
คำนิยาม	การปลูกถ่ายไต หมายถึง การปลูกถ่ายไตทั้งที่ได้รับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต (deceased donor kidney transplant) และ ที่ได้รับไตบริจาคจากผู้ที่มีชีวิต (living donor kidney transplant)				
เกณฑ์เป้าหมาย : $\geq 600$ ต่อปีในปีงบประมาณ 2560					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	650	700	800	1000	1300
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการรับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)				
แหล่งข้อมูล	ทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย	

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
25% ของเกณฑ์เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์เป้าหมาย

วิธีการประเมินผล :	ตามตารางทายKPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ราย	551	601	รอสิ้นปี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.สแกนต์ บุนนาค          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110          โทรสาร : 02-3548146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com          รพ.ราชวิถี</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	คณะกรรมการ service plan สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.สแกนต์ บุนนาค          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080 453 1110          โทรสาร : 0 2354 8146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com          รพ.ราชวิถี</p>				
	<p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499          โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com          สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์</p>				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัด	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	53. ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ														
คำนิยาม	<p>ECS (Emergency Care System) คือ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด (prevention), การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre hospital care), ต่อเนื่องถึง การดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER), การดูแล รักษาใน โรงพยาบาล (In hospital care) / การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care), การส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System) รวมถึง การจัดระบบบริหารกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และ การเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาล (Disaster preparedness&amp; Hospital preparedness for Emergency)</p> <p>ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล แต่ละ ระดับ จึงต้องทำการสำรวจ ในปีแรก และ หลังจากนั้น ดำเนินการเพิ่มเติม</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1) จังหวัดที่มีการสำรวจ และทราบเป้าหมายในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน(Emergency Care System) ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ โดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน มากกว่า ร้อยละ 70 ในช่วงระยะเวลา 3 ปี และ พัฒนาด้านอื่นๆ ต่อไป ตามแผนกาพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p> <table border="1" data-bbox="178 1272 1415 1393"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90											
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปีแรกนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน โดยในเบื้องต้น โรงพยาบาล สถานพยาบาล ในแต่ละ จังหวัด สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติต่างๆ พัฒนา ทิมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่มีความพร้อม ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ รายงานให้ จังหวัด / เขตบริการสุขภาพ และ กระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ตามลำดับ</p>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาด F2 ขึ้นไป (797 รพ.)														



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1) จัดตั้ง คณะทำงานเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาลแต่ละระดับ ภายใต้ คณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในระดับจังหวัด /ระดับเขต โดยในปีนี้ ให้นั้นเรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับ</p> <p>2) ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล/ สถานพยาบาล ที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้น ตามแบบฟอร์มการประเมินตนเอง ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตามประเด็นที่กำหนด รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ</p> <p>3) ข้อมูลจากการประเมินของ ทีมประเมินจากส่วนกลาง / ทีมจากเขตบริการสุขภาพ</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1) จากข้อมูลจากการประเมินตนเอง คณะกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับตามประเด็นที่กำหนด รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ</p> <p>2) ข้อมูลจากการประเมินของ ทีมประเมินจากส่วนกลาง / ทีมจากเขตบริการสุขภาพ แผนรองรับภัยพิบัติของแต่ละ โรงพยาบาล และ บุคลากร กับหน่วยงานในท้องถิ่น</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ทำการประเมินความเสี่ยงของตนเองตามมิติที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ใน จังหวัด/ เขตบริการสุขภาพ แต่ละ ระดับ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 75

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน (ปีที่ 1 พ.ศ. 2559)</p> <p>วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน</p> <p><u>ขั้นตอน 1</u> จัดตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับ</p> <p><u>ขั้นตอน 2</u> สำรวจ/ ประเมินความเสี่ยงของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Hazard risk) และ ประเมินผลกระทบต่อประชากร / หน่วยบริการ (Impact survey) ตามคู่มือการประเมินตนเองด้านภัยพิบัติ ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดย กรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพ.ศ. 2559</p> <p><u>ขั้นตอน 3</u> บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรม ตามหลักสูตร การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภัยพิบัติ (Hospital preparedness for Emergency (HOPE) ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><u>ขั้นตอน 4</u> จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ สำหรับสถานพยาบาล/โรงพยาบาล Disaster management รวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน</p> <p><u>ขั้นตอน 5</u> การซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป</p>										
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หลักสูตรการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ในการรับภัยพิบัติ (Hospital Preparedness for Emergency : HOPE)</li> <li>2. คู่มือการประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาล ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดยกรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2559</li> <li>3. แบบสำรวจการประเมินตนเอง</li> </ol>										
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p> <p>ร้อยละ</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1" data-bbox="885 1384 1492 1507"> <tr> <td>2557</td> <td>2558</td> <td>2559</td> </tr> <tr> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </table>			2557	2558	2559	NA	NA	NA
2557	2558	2559									
NA	NA	NA									
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : leip.dms@gmail.com, กรมการแพทย์</li> <li>2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรศัพท์ : 081-8302844 E-mail : rattapong_b@gmail.com โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</li> </ol>										

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-591-8276</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรสาร : 02-5918276</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</b></p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : leip.dms@gmail.com,</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-591-8276</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรสาร : 02-5918276</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</b></p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : leip.dms@gmail.com,</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	54. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาห้องฉุกเฉิน ให้ได้คุณภาพ เป็นหนึ่งในนโยบายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้ในระยะแรก เมื่อ พ.ศ. 2555 - 2557 โรงพยาบาลแต่ละระดับ ทำการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพื่อทราบถึงจุดเด่น และ จุดอ่อน ที่ต้องการปรับปรุง โดย ยึด ตาม แนวทางสู่มาตรฐานของการพัฒนาห้องฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ ซึ่งมี 12 ประเด็น ทั้งนี้ โรงพยาบาล จะมีคณะกรรมการพัฒนาระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นให้ประเมินอย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้ เป็นเพียงแนวทางในการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉินในภาพรวม จากข้อคิดเห็นของ คณะกรรมการได้เสนอให้ มีแนวทางในการประเมิน ระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน ในเชิงลึก เพื่อให้ ง่ายต่อการพัฒนางานฯ และทราบถึง ปัญหาอุปสรรค ของห้องฉุกเฉินแต่ละระดับ รวมทั้ง ทาง สรพ .(สถาบันพัฒนาคุณภาพ ) ได้ร่วมมือกับกรมการแพทย์ ภายใต้ Service plan trauma &amp; emergency ในการนำร่องการพัฒนาตัวชี้วัด ER คุณภาพ ใน ช่วงปี พ.ศ. 2558-2561</p> <p><b>ตัวชี้วัดในปี 2559 นี้ จะ เน้นใน 3 ส่วน คือ</b></p> <p><b>มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย</b> หมายถึงการประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉิน</p> <p><b>มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้น ในประเด็น</b> ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p><b>มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ</b> เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษายาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานของห้องฉุกเฉินจัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย และ สถาบันพัฒนาคุณภาพ)นอกจากนี้ เพื่อให้ สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :	จำนวนโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการประเมินตนเอง เพื่อทราบถึงข้อเด่น และ ข้อด้อยของตนเอง ที่ต้องการพัฒนา ตามลำดับความเร่งด่วน ใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลของตนเองในเขตสุขภาพ จากปี 2559 เทียบกับ ปี 2560				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการประเมินตนเอง ตามคู่มือการพัฒนาระบบรักษายาบาลคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตามประเด็นที่กำหนด				

	รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และ ระดับเขตสุขภาพ								
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล การประเมินตนเอง								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด ที่ทำการประเมินตนเอง ตาม มิติที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ใน จังหวัด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (วัดระดับเขตสุขภาพ)								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 75</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 75
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ร้อยละ 75						
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>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ร้อยละ 80						
ปี 2562:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ร้อยละ 85						
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>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ร้อยละ 90						
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>ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 95
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ร้อยละ 95						
วิธีการประเมินผล :	<p>จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน</p> <p>วิธีการประเมินผล :จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน</p> <p>ขั้นตอน 1.มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ พร้อมทั้ง มีผลการดำเนินงาน ในการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p> <p>ขั้นตอน 2.มีการประเมินตนเองของ โรงพยาบาล ตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล อย่างน้อย ปี ละ ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงข้อเด่น และ ข้อด้อยของการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p>								

	<p><b>ขั้นตอน 3.</b> นำผลที่ได้จากการประเมิน นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล และ ระดับสูงขึ้นไป ตามลำดับให้ทราบถึง จุดอ่อนจุดด้อย ที่ประเมิน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินต่อไป</p>				
เอกสารสนับสนุน :	<p>1) คู่มือแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานการรักษายาบาลฉุกเฉิน กรมการแพทย์ 2) แบบฟอร์มการประเมินตนเองของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	NA	ร้อยละ	NA	NA	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmai.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong_b@gmail.com</p> <p><b>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</b></p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmai.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</b></p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmai.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p>				

	2. นางนริศรา แย้มทรัพย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285	โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925
	โทรสาร : 02-5918276	E-mail : narissara.yamsub@gmail.com
	กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์	

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	55. ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ
คำนิยาม	EMS คุณภาพ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินในหลายหลายรูปแบบ เช่น การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma) เป็นต้น โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับอย่าง ทั่วถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. มีการกำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์EMS คุณภาพใน รพ. ระดับ F2	โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	โรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาล F2 ที่มีEMS คุณภาพ
2. มีผลการสำรวจสถานการณ์ EMS คุณภาพใน รพ ระดับ F2				
3. มีแผนพัฒนา รพ.ระดับ F2 สู่อำนาจ EMS คุณภาพ				

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จากสาเหตุต่างๆ ที่ต้องการ fast track และ นำส่ง โรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma) เป็นต้น ด้วยการจัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลความปลอดภัยในระหว่างนำส่งจนพ้นภาวะวิกฤตโดยคำนึงคุณภาพการปฏิบัติการ และความปลอดภัย ของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma) ณ โรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)



รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับที่มีระบบ EMS คุณภาพ				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				สำรวจข้อมูล EMS คุณภาพ	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาลทุกระดับมี EMS คุณภาพ	
วิธีการประเมินผล :	1. รายงานผลจากฐานข้อมูล 2. รายงานการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินโดยทีมปฏิบัติการ แต่ละ ระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	N/A	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. น.พ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 2919,6204 โทรศัพท์มือถือ : 081-6400614 โทรสาร : 02-354 070 E-mail : pairoj_khruerkarnchana@yahoo.com</p> <p><b>โรงพยาบาลราชวิถี</b></p> <p>2. น.พ.พัฒนพงษ์ ประภาสันติกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-502784 ต่อ 7113 โทรศัพท์มือถือ : 081-9370567 โทรสาร : 035-511738 E-mail : opps12345@yahoo.com</p> <p><b>โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จ.สุพรรณบุรี</b></p> <p>3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. นางธันณจิรา ธนาศิริชนันท์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 โทรสาร : 02-8721603 E-mail : thunjirat@niems.go.th</p> <p><b>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</b></p> <p>3. นางสินุช ชัยสิทธิ ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669, 081-8191669, 089-5670151 โทรสาร : 02-8721603 E-mail : Sineenuch.c@niems.go.th</p> <p><b>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</b></p> <p>4. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p>

	<p>5. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
--	---	---

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	56. อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)				
คำนิยาม	<p>การเสียชีวิต จากการบาดเจ็บ ขึ้นกับกลไกของ ความรุนแรงที่เกิด อาจพบการเสียชีวิต ตั้งแต่ ก่อนถึงโรงพยาบาลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล หรือ เมื่อถึง โรงพยาบาลแล้ว จากข้อมูลที่เคยรวบรวม ส่วนใหญ่ เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับรักษาในโรงพยาบาล</p> <p><b>การเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งมีการคำนวณ ค่า Probability of survival (Ps) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 (เอกสารแนบนิยาม Multiple injuries) อย่างไรก็ตาม เพื่อลด ความสูญเสีย การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ กรณีที่ผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจากการบาดเจ็บ ได้รับบริการการแพทย์ อย่าง รวดเร็ว ทัวถึง และ ปลอดภัย</b></p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ของกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาล</li> <li>2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับไว้ในโรงพยาบาล</li> </ol>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรม IS WIN				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IS				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 และเสียชีวิต				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ)ทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วัดระดับเขตบริการสุขภาพ)				

เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลตามแบบฟอร์มการประเมิน			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
			2559	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. น.พ.สมประสงค์ ทองมีสี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038-931000      โทรศัพท์มือถือ : 080-4341143 โทรสาร : 038-931100      E-mail : tongmeesee@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลชลบุรี</p> <p>2. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ      หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286      โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276      E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p>			

	<p>3. น.พ. ศานิตย์ นาวิกบุตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539713 โทรสาร :02-3539756</p>	<p>นายแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-4028863 E-mail : navikting@gmail.com</p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p><b>โรงพยาบาลเลิดสิน</b></p> <p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-5918276</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. แพรจิตร จันทร์ฐิติวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906275,6279 โทรสาร : 02-5918276</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</b></p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-4484748 E-mail : pairjit@yahoo.com</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-5918276</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>2. แพรจิตร จันทร์ฐิติวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906275,6279 โทรสาร : 02-5918276</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</b></p> <p>3. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-9659851</p> <p><b>สำนักนิเวศระบบ การแพทย์</b></p> <p>4. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร 02-5918279</p> <p><b>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</b></p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com,</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-4484748 E-mail : pairjit@yahoo.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเวศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	57. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety				
คำนิยาม	<p>2P safety หมายถึง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Patient and Personal safety)</p> <p>มาตรฐาน 2P safety ของสถานพยาบาล หมายถึง การดำเนินงานตามแนวทางในการบริหารจัดการและการดำเนินงานในเรื่องความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0228.05/2690 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2559 และ สธ 0218/3636 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2559</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	60	70	80	85	90
วัตถุประสงค์	ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจการดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 70 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety	

ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 85 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		
วิธีการประเมินผล :	สถานพยาบาลได้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดครบทุกข้อ				
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์การดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety สำหรับสถานพยาบาล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสาวพรพิมล จันทรวงศ์ภาส      เกสัชกรชำนาญการพิเศษ  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901628      โทรศัพทมือถือ : 085-1933446  โทรสาร : 02-5901641      E-mail : pchankunapars@gmail.com</p> <p>2. นางสาวไพเราะ บุญญะฤทธิ      เกสัชกรชำนาญการ  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901628      โทรศัพทมือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901641      E-mail : praecu@gmail.com</p> <b>สำนักบริหารการสาธารณสุข</b>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวไพเราะ บุญญะฤทธิ      เกสัชกรชำนาญการ  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901628      โทรศัพทมือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901641      E-mail : praecu@gmail.com</p> <b>สำนักบริหารการสาธารณสุข</b>				



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	58. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3														
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 167 แห่ง</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 780 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 15 มกราคม 2559)</li> </ul> <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง</li> <li>- HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป</li> <li>- HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน</li> </ul>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
วัตถุประสงค์															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต</p> <p>2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>														

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
แหล่งข้อมูล	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 167 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 780 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 15 มกราคม 2559)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	

**เกณฑ์การประเมิน**

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

แนวทางการประเมิน : ผลการดำเนินงานเทียบตามเกณฑ์การให้คะแนน

วิธีการประเมินผล :

เกณฑ์การให้คะแนน :

	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 95.80 (160แห่ง จาก 167 แห่ง)	ร้อยละ 96.85 (162 แห่ง จาก 167 แห่ง)	ร้อยละ 97.90 (164 แห่ง จาก 167 แห่ง)	ร้อยละ 98.95 (166 แห่ง จาก 167 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (167 แห่ง จาก 167 แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 69.49 (542 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 72.12 ( 563 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 74.75 ( 583 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 77.37 ( 604 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 80.00 ( 624 แห่ง จาก 780 แห่ง)

เงื่อนไข :

1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต : จำนวนสถานบริการ จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ณ 30 กันยายน 2559
2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : จำนวนสถานบริการ จากทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 15 มกราคม 2559
3. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ หรือ อยู่ระหว่างการต่ออายุ
4. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการ แพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต)	แห่ง	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	(ร้อยละ 95.80) 160 จาก 167 แห่ง
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ชุมชนในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)	แห่ง	ร้อยละ 60.27 ( 446 จาก 740 แห่ง)	ร้อยละ 69.40 (515 จาก 742 แห่ง)	ร้อยละ 69.49 (542 จาก 780 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์ (ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ สำนักบริหารการสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : 2. นางจิตติมา ศรศุภรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : 3. นางสาววรารภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ สำนักบริหารการสาธารณสุข				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	59. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย <b>บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี</b> มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้</p> <p>เกณฑ์หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>เกณฑ์หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>เกณฑ์หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>เกณฑ์หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>เกณฑ์หมวด 5 ผลลัพธ์</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 9,878 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				



	<p>2. นายทองดี มุ่งดี</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902351</p> <p>โทรสาร : 02-5902352</p> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : mungdee@health.moph.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นส.ลินดา เหล่ารัตน์ใส</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902356</p> <p>โทรสาร :</p> <p>2. นายทองดี มุ่งดี</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5902351 :</p> <p>โทรสาร : 02-5902352</p> <p>3. นายสมบุญ ทรัพย์พุ่ม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5902351 :</p> <p>โทรสาร : 02-5902352</p> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : linda@health.moph.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : mungdee@health.moph.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : ssombon@hotmail.com</p>

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



เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประชุมชี้แจง โรงพยาบาลชุมชนเฉลิม พระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัดและ เกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรของ โรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประชุมชี้แจง โรงพยาบาลชุมชนเฉลิม พระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัด และเกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรของ โรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปี 2563 :

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



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	61. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่รัฐบาลได้กำหนดให้ตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษขึ้น รวม 10 จังหวัด ได้แก่ ตาก สระแก้ว ตราด มุกดาหาร สงขลา เชียงราย หนองคาย นครพนม กาญจนบุรี และ นราธิวาส</p> <p>2. การให้บริการอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพต่างๆ ได้รับการดูแลสุขภาพมีการจัดการทั้งเชิงรุกเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการรักษาและฟื้นฟูเป็นส่วนเสริมเพื่อให้ผู้ประกอบการในสถานประกอบการมีสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย</p> <p>3. การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย</p> <p>การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีประเด็นเพิ่มเติมจากเกณฑ์การให้บริการอาชีวอนามัย และเกณฑ์การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมทั่วไป คือ เพิ่มการประเมินความเสี่ยงในสถานประกอบการที่ตั้งขึ้นใหม่ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ สารเคมีอันตราย และสารกัมมันตรังสี</p> <p>4. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป</p>

เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2564 ร้อยละ 95 ของหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการจัดการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ ดังนี้				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสามารถเข้าถึง และได้รับการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ 10 จังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่เป้าหมาย ประเมิน ตนเองตามแบบประเมินตนเอง (ตามคู่มือที่ระบุในนิยาม) ส่งให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด</li> <li>2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป เป้าหมาย พร้อมผลการประเมินตนเองและแบบรายงานสรุปผลการ ดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ตั้งแบบ Report_OHS สสจ.) แจ้งมายังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</li> <li>3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมส่งให้กับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนจัดเตรียมทีมตรวจประเมิน/สอบทวนและสรุปผลการดำเนินงาน</li> <li>4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับทีมตรวจประเมินระดับจังหวัด และสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตรวจประเมินตามแนวทางของสำนักฯ และให้ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลที่ขอรับการประเมิน</li> <li>5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการ รับรอง (ตั้งแบบ Report_OHS_สคร.)</li> <li>6) กรรมการรับรองผลประชุมเพื่อพิจารณารับรองผลโรงพยาบาล</li> <li>7) สสจ.เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ตามแบบรายงานผลการดำเนินงาน (ตั้ง เอกสารแนบท้าย) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลที่ สนย.จะเป็นผู้พัฒนาขึ้น</li> <li>8) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สรุปผลภาพรวมของประเทศและ รายงานให้ สนย.</li> </ol>			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (10 จังหวัด), สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 1-12, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม			
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่ ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจ พิเศษทั้งหมด (24 แห่ง)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานไตรมาส 1, 2, 3, และ 4)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 - 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป		
วิธีการประเมินผล :	ตามแนวทางของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 2. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางวีณา ภักดีสิริวิชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรสาร : <b>กรมควบคุมโรค</b> 2. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3847935, 02-3940166 โทรสาร : <b>ศูนย์พัฒนาการจัดการบริการอาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ</b>				
	รองผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์มือถือ : E-mail : bhakdi2005@yahoo.com ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดการบริการอาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : untimanon@gmail.com				



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

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



ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวที่เข้ามา รับบริการตรวจสุขภาพ และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผล ความสำเร็จการ ให้บริการในกลุ่ม แรงงานที่พบปัญหา สุขภาพ

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวที่เข้ามา รับบริการตรวจสุขภาพ และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผล ความสำเร็จการ ให้บริการในกลุ่ม แรงงานที่พบปัญหา สุขภาพ

วิธีการประเมินผล :

1. แร้งงานต่างด้าวที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่เฝ้าระวังของสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการตรวจและประกันสุขภาพ
2. มีระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคในชุมชนของสถานบริการสุขภาพ สำหรับแรงงานต่างด้าวที่พักอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ
3. สถานบริการสุขภาพมีระบบบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เช่นเดียวกับคนไทย

เอกสารสนับสนุน :

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวฉบับ ลงวันที่ 30 มีนาคม 2558 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
2. Clinical Practice guideline ของโรคต่างๆ ตามที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
จำนวนแรงงานต่าง ด้าวที่พบปัญหา สุขภาพเมื่อมารับ บริการตรวจและ ประกันสุขภาพ ที่ OSS	ราย	19,615	1,268	8,965

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /  
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- |                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. นางสาวพัชรา เสถียรพัทธ์    | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 | โทรศัพท์มือถือ : 082-3240991     |
| โทรสาร : 02-5901740           | E-mail : kalyaneester@gmail.com  |



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



<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	1. นายสมคิด เพชรชาติ                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :                      โทรศัพท์มือถือ : 085-8931620 โทรสาร : 074-336084                      E-mail : somkitepi@hotmail.com <b>สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>

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

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

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



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

เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	50%	-	100%
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	50%	-	100%
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	50%	-	100%
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	50%	-	100%
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	50%	-	100%
วิธีการประเมินผล :	รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
			80 แห่ง	ร้อยละ
				ร้อยละ
			64.08	44.50
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ญ.ศิริมา รติพิชยกุล เกษัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18403 โทรศัพท์มือถือ : 091-2298603 โทรสาร : - E-mail :Sirina_rati@hotmail.com กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กลุ่มพัฒนาการศึกษาและผลิตภัณฑสุขภาพระหว่างประเทศ 2. กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ญ.ศิริมา รติพิชยกุล เกษัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18403 โทรศัพท์มือถือ : 091-2298603 โทรสาร : - E-mail :Sirina_rati@hotmail.com กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ			

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดทำ “รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า”	มีฐานข้อมูลความก้าวหน้าในการพัฒนาตามรายการยามุ่งเป้าแต่ละรายการ	มีแผนพัฒนารายการยาตามบัญชีมุ่งเป้าเพื่อเข้าสู่ตลาดยา	ร้อยละ 100 ของรายการยาตามบัญชีมุ่งเป้ามีผู้ประกอบการรับผิดชอบในการผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 20 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 40 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 60 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 100 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 80 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ ผลิตจำหน่ายในเชิง พาณิชย์	
วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากรายงานสรุปผลการดำเนินงาน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ไม่มี		-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ปี 2560 - 2561 (ด้านการให้คำปรึกษา)				
	1. ภญ วรสุดา ยุงทอง		ผู้อำนวยการสำนักงานนําร่องประเมิน ผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155      โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302 โทรสาร : 02-5907341      E-mail : worasuda@fda.moph.go.th		
สำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา					
ปี 2562 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ)					
1. ภญ ดร ธารกมล จันทรประภาส		หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาออกนอกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907028      โทรศัพท์มือถือ : 089-1420456 โทรสาร : 02-5918463      E-mail : tankamol@fda.moph.go.th			
กลุ่มงานกำกับดูแลยาออกนอกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา					
2. ภญ ดวงกมล ภัคคีสัตยพงศ์		หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907163      โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5907164      E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th			
กลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา					

<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	<b>สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</b>	
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	<b>1. น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ</b> <b>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292</b> <b>โทรสาร : 02-5918457</b>	<b>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</b> <b>โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786</b> <b>E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</b> <b>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</b>

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

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 25	ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุขและเครื่องมือแพทย์ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุขหรือมีศักยภาพทางการตลาด 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 2560 - 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา การขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการ ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย.รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียนร้อยละ 25	
วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากรายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาและเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย			
เอกสารสนับสนุน :	รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย			







หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	68. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ				
คำนิยาม	ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ หมายถึง ตำรับยาแผนไทยของชาติ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 โดยผ่านการกลั่นกรอง คัดเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ ให้เป็นตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่เหมาะสมกับการนำไปผลิตและใช้ในการดูแลสุขภาพ และรักษาตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มจำนวนของตำรับยาสมุนไพรแห่งชาติที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ครอบคลุมการรักษาโรค และเสริมสร้างสุขภาพ นำไปสู่การขึ้นทะเบียน ผลิตและจำหน่ายอย่างเพียงพอ สามารถทดแทนการนำเข้ายาจากต่างประเทศ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตำรับยาแผนไทยของชาติ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 จำนวน 12,000 ตำรับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลพัฒนาระบบสารสนเทศ องค์ความรู้และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (Thai Traditional Digital Knowledge: TTDK)				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลพัฒนาระบบสารสนเทศ องค์ความรู้และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (Thai Traditional Digital Knowledge: TTDK)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้ง คณะอนุกรรมการ จัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ</li> <li>- จัดตั้งคณะทำงาน กลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ</li> <li>- จัดทำหลักเกณฑ์ คัดเลือก ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและ กลุ่มอาการทาง การแพทย์แผนไทย</li> <li>- ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความ เห็นชอบจาก คณะกรรมการ คัดกรองและส่งเสริม ภูมิปัญญาฯ จำนวน 10 ตำรับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและ กลุ่มอาการทาง การแพทย์แผนไทย</li> <li>- ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความ เห็นชอบจาก คณะกรรมการ คัดกรองและส่งเสริม ภูมิปัญญาฯ จำนวน 50 ตำรับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้ผลกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่าน ความเห็นชอบจาก คณะกรรมการ คัดกรองและ ส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 100 ตำรับ พร้อมทำเป็น เอกสารต้นฉบับเพื่อ เตรียมการเผยแพร่</li> </ul>

ปี 2561 :

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

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
			100 ตำรับ

วิธีการประเมินผล :

ต้นฉบับตำรับยาแผนไทยแห่งชาติเพื่อเตรียมเผยแพร่

เอกสารสนับสนุน :

ตำรับยาแผนไทยของชาติ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ตำรับ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
					(เริ่มปี 60)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ญญ.ดร.อัญชลี จุฑะพุทธิ ผู้ช่วยอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900</p> <p>โทรสาร : 02-5914409 E-mail : anchaleeuan@gmial.com</p> <p><b>กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b></p> <p>2. นายแพทย์ ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495653 โทรศัพท์มือถือ : 081-9735292</p> <p>โทรสาร : E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p><b>สถาบันการแพทย์แผนไทย</b></p> <p>3. นายนันท์ศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์ ผู้อำนวยการกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495607 โทรศัพท์มือถือ : 085-4829029</p> <p>โทรสาร : 02-5911095 E-mail : anchaleeuan@gmial.com</p> <p><b>กองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</b></p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-29659490 โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521</p> <p>โทรสาร : E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวสุกัญญา ชัยแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 084-9211511</p> <p>โทรสาร : 02-9510218 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p> <p><b>กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b></p>				

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

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ถูกนำไปใช้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะข้อมูลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ฐานข้อมูลนวัตกรรม 1 ฐานข้อมูล	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				25	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				50	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				75	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารผลงานเชิงวิชาการนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ปี 2559 จัดทำโดย คณะทำงานพัฒนานวัตกรรมและผลิตภัณฑ์ภายใต้คณะกรรมการระบบบริหารคุณภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ผลงานเชิง นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	-	-	-	-

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



หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข														
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	70. จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด														
คำนิยาม	<p>งานวิจัยสมุนไพร งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรเดี่ยวและตำรับ</p> <p>การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปใช้จริงทางการแพทย์และในระบบบริการสาธารณสุข</p> <p>การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ และ/หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 เรื่อง</td> <td>10 เรื่อง</td> <td>12 เรื่อง</td> <td>12 เรื่อง</td> <td>15 เรื่อง</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	10 เรื่อง	10 เรื่อง	12 เรื่อง	12 เรื่อง	15 เรื่อง
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
10 เรื่อง	10 เรื่อง	12 เรื่อง	12 เรื่อง	15 เรื่อง											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มศักยภาพทางการแข่งขันของประเทศของสมุนไพรด้วยนวัตกรรมและผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากการวิจัย</li> <li>2. เพื่อลดมูลค่าการนำเข้าและการพึ่งพามาจากต่างประเทศ</li> <li>3. เพิ่มทางเลือกให้แก่แพทย์และผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สมุนไพรเดี่ยว สมุนไพรตำรับ และองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายการวิจัย โดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อ														
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> <li>2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ</li> </ol>														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4														

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประมวลองค์ความรู้ งานวิจัย/ องค์ความรู้ ที่ได้จากการศึกษา และพัฒนาด้ว การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก เพื่อ นำมาใช้จริงทางการ แพทย์ หรือทางการ ตลาด	- รวบรวมและคัดเลือก ผลการวิจัย/องค์ ความรู้ที่ได้จาก การศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก และ ดำเนินการ ให้ได้ครบ ทั้ง 10 เรื่อง	- ประสาน/วางแผน/ ดำเนินการนำ งานวิจัย องค์ ความรู้ที่ได้จาก การศึกษาและ พัฒนาด้ว การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก มาใช้ จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	- มีงานวิจัย/องค์ ความรู้ที่ได้จาก การศึกษาและ พัฒนาด้ว การแพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก หรือ การตลาด จำนวน 10 เรื่อง

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

การสำรวจงานวิจัยสมุนไพร

เอกสารสนับสนุน :

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
งานวิจัยที่ ได้รับการ เผยแพร่	จำนวนเรื่อง	-	-	7

ข้อมูลสิ้นสุด ณ 10 ตุลาคม 2559

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ดร.ภญ.มณฑกา ธีรชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2243247 โทรสาร :02-2243247</p> <p><b>สถาบันวิจัย</b></p> <p>2. นางสาวณีย์ กุลสมบูรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495692 โทรสาร : 02-5917808</p> <p><b>กองการแพทย์พื้นบ้าน</b></p> <p>3. นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653 โทรสาร : 02-2243247</p> <p><b>สถาบันการแพทย์แผนไทย</b></p> <p>4. ภก.สมนึก สุขัยธนาวนิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5647889 โทรสาร :02-5647889 ต่อ 26</p> <p><b>กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร</b></p> <p>5. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2149 5636 โทรสาร:</p> <p><b>สำนักการแพทย์ทางเลือก</b></p> <p>6. นางสาวรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์: 02-1495676 โทรสาร:</p> <p><b>สถาบันการแพทย์ไทย-จีน</b></p> <p>7. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร :</p> <p><b>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b></p>	<p>ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย โทรศัพท์มือถือ : 083-1174297 E-mail : monthaka.t@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองการแพทย์พื้นบ้าน โทรศัพท์มือถือ : 081-3727660 E-mail : saowanee@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 081-9735292 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร โทรศัพท์มือถือ : 089-7600592 E-mail : somnuekster@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081 872 3270 E-mail :tewantha@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : E-mail : rungnapa.pr@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : สำนักยุทธศาสตร์	โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com
	2. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	โทรศัพท์มือถือ : 084-9211511 E-mail : sukanya0210@gmail.com

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	71. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ
คำนิยาม	<p>แผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง แผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพแต่ละเขตที่ได้ดำเนินการกำหนดแผนอัตรากำลัง แผนการพัฒนากำลังคน และแผนบริหารกำลังคนของเขตสุขภาพไว้</p> <p>หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเขตสุขภาพนั้น</p> <p>อัตรากำลัง หมายถึง จำนวนและประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงอยู่ที่หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้จากระบบข้อมูล HROPS</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพ</p> <p>ระดับที่ 1 หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน &gt; 90%</p> <p>ระดับที่ 2 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ในแต่ละจังหวัด ไม่น้อยกว่าประเด็นที่กำหนด ได้แก่ จำนวนบุคลากรจำแนกตามประเภทบุคลากร ช่วงอายุของบุคลากร ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน อัตราการสูญเสียของบุคลากร อัตรากำลังแต่ละวิชาชีพต่อประชากร และความต้องการอัตรากำลังตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan &amp; Excellence center)</p> <p>ระดับที่ 3 มีการวางแผนการกระจายกำลังคน และแผนการแก้ไขปัญหากำลังคนของเขตสุขภาพ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan &amp; Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร</p> <p>ระดับที่ 4 มีการวางแผนการผลิต สรรหาและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ</p> <p>ระดับที่ 5 มีการกำหนดรูปแบบการติดตามและประเมินผล แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
เขตสุขภาพอย่างน้อย 4 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	เขตสุขภาพอย่างน้อย 6 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	เขตสุขภาพอย่างน้อย 8 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	เขตสุขภาพอย่างน้อย 10 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	เขตสุขภาพอย่างน้อย 12 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเขตสุขภาพนั้น			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS 2. สัมภาษณ์แบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 3. ประเมินจากเอกสารแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	1. ข้อมูลอัตรากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. 2. รายงานแบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ 3. เอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพถึงระดับที่ 5			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	A			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 4			
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>				
ปี 2560 - 2564 :				
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>	
	เขตสุขภาพอย่างน้อย 4 เขต มีได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 2		เขตสุขภาพอย่างน้อย 4 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	

วิธีการประเมินผล :	1. วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS 2. สํารวจจากแบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 3. ประเมินจากเอกสารแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ													
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ Download เอกสารได้จาก website สนย. ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2559 เป็นต้นไป													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="517 412 1437 595"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	-	-	-	-	-
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2557	2558	2559										
-	-	-	-	-										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p><b>1. การจัดทำแผนกำลังคน</b></p> <p>1. นายแพทย์สุวิชา สฤงคารพูนเพิ่ม รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 081-2660441          โทรสาร : 02-5901384 E-mail : thaihospital@hotmail.com</p> <p><b>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</b></p> <p>2. นางธิดิภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211          โทรสาร : 02-5901384 E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p><b>กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</b></p> <p><b>2. ระบบข้อมูล HROPS</b></p> <p>1. นางมัธยัสต์ เหล่าสุรสุนทร นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901458 โทรศัพท์มือถือ : 081-7534279          โทรสาร : 02-5901446 E-mail: mattayat.l@moph.mail.go.th</p> <p><b>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p>													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สป.													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346          โทรสาร : 02-5901384 E-mail : hrh.bps@gmail.com</p> <p><b>กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</b>  <b>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p>													

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพของเขตมีปริมาณที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับการบริการสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทุกสิทธิ รวมทั้งการพัฒนาสู่การบริการสุขภาพในระดับนานาชาติ และพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ โดยในกระบวนการต้องมีองค์ประกอบดังนี้</p> <p>1)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ประกอบด้วย</p> <p>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย 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>



5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

2)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผน/จัดสรร/ติดตามการใช้งบประมาณที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการ/พัฒนากำลังคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์

5)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการบริหารจัดการที่เขตดำเนินการส่งผลกระทบต่อปัจจัยเกี่ยวข้องต่างๆ เช่น การวางแผนความต้องการและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเขต/บุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการแก่ประชาชน เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	1.แผนความต้องการพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ)ของเขตสุขภาพมีความครอบคลุมกำลังคนทุกกลุ่มสาขา/วิชาชีพและทุกมิติ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี) 2.การแผนพัฒนาศักยภาพของเขตมีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวงสาธารณสุขและประเทศ	แผนพัฒนา กำลังคนเชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุม 5 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (ตามเกณฑ์ที่กำหนด) ในทุก ระดับบริการ	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5

	2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.ประเมินการบริหารจัดการ การ ใช้ทรัพยากรร่วมกัน(คน เงิน ของ)ของเขตสุขภาพด้านการ พัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพ 2.ประเมินผลการพัฒนาเครือข่าย และการมีส่วนร่วมด้านการผลิต และพัฒนากำลังคนในเขต	มีการสร้างความ ร่วมมือของสถาบัน การผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของ เขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการ พัฒนา กำลังคน	การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรรบุคลากรมีการ กระจายอย่างเหมาะสม(ทั้งด้าน จำนวน และศักยภาพ) 2.การกำหนดเป้าหมายการผลิต และพัฒนา และดำเนินการ พัฒนากำลังคนให้มีความ สอดคล้องกับความต้องการของ เขต	มีการพัฒนา บุคลากรได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	5.การ ประเมินผล กระทบของ ระบบการ บริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.ระบบการบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ และการแก้ไข ปัญหาการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตมีความเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบาย 2.การลดข้อร้องเรียนและ การ ต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิด ความเสียหายในระดับประเทศ	จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตรา การย้าย ลาออก/ จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลงปี ละร้อยละ 10	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5

เกณฑ์เป้าหมาย : เฉลี่ย 5 ปีเขตสุขภาพต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปร้อยละ100 และในแต่ละปี กำหนดให้ร้อยละของเขตสุขภาพที่ผ่านระดับ 5 ไว้ดังตารางนี้

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

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ /การรวบรวมรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3) วิเคราะห์ผลการนิเทศตรวจราชการ
แหล่งข้อมูล	หน่วย CHRO ของเขต หรือ จังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3 ใน 5 องค์กรประกอบ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ตามองค์กรประกอบข้อที่ 1 - 4 ที่ระดับคะแนน 2	7 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์กรประกอบที่ระดับคะแนน 3	

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ตามองค์กรประกอบข้อที่ 1 - 4 ที่ระดับคะแนน 3	8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์กรประกอบที่ระดับคะแนน 4	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ตามองค์กรประกอบข้อที่ 1 - 4 ที่ระดับคะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์กรประกอบที่ระดับคะแนน 5	



	<p>4. นางกัลยา เนติประวัตติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817</p> <p>5. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p><b>สถาบันพระบรมราชชนก</b></p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นางกัลยา เนติประวัตติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817</p> <p>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p><b>สถาบันพระบรมราชชนก</b></p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	73. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p><b>สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน</b></p> <p>ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาคของประเทศ ส่งผลต่อการบริการประชาชนที่ไม่ครอบคลุม ในขณะที่ประเทศกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ 20 ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็น</p> <p>ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การวางแผนอัตรากำลัง</li> <li>1.2 พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร</li> <li>1.3 บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก</li> <li>1.4 การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร</li> <li>1.5 การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร</li> <li>1.6 การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</li> </ol> </li> <li>2. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด</li> </ol> <p><b>บุคลากร</b> หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</li> </ol>

	<p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <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 เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา เจ้าหน้าที่งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่งานธุรการ</p> <p>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p><b>ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ</b></p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	เฉลี่ยร้อยละ 80	เฉลี่ยร้อยละ 85	เฉลี่ยร้อยละ 90	เฉลี่ยร้อยละ 95	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ/เขตบริการสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน				
แหล่งข้อมูล	1. จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ/สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์/กลุ่มบริหารงานบุคคล/สถาบันพระบรมราชชนก 2. แผนบริหารอัตรากำลังทุกระดับที่มีการกำหนดหรือระบุเป้าหมายการพัฒนาตามเกณฑ์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

วิธีการประเมินผล :

รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับเกณฑ์ และคำนวณตามสูตรที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน :

- 1.แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง
- 2.แผนผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ
- 3.รายงานผลการจัดสรร/พัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
77	ร้อยละ	77	77	77



<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางอริยา สุขลิ้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901819 โทรสาร :</li> <li>2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</li> <li>3. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร :</li> <li>4. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</li> <li>5. นางเบญจพร ทิพยผลาผลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</li> </ol> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8576870 E-mail : ariya975@yahoo.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p> <p>นักวิชาการศึกษาพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร :</li> <li>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</li> </ol> <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 (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	74. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้				
คำนิยาม	<p>หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life index) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่</p> <p>ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้</p> <p>ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล</p> <p>ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ ส่งเคราะห์ข้อมูล</p> <p>ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p> <p>ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ				
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้	หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life index) รายบุคคล มากกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 60
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 70
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 80
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล :	สำรวจ		
เอกสารสนับสนุน :	-		



	<p>2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344          โทรสาร : 02-5901421</p> <p><b>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p> <p>1. นางธิดิภัทร คูหา          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459          โทรสาร : 02-5901384</p> <p>2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459          โทรสาร : 02-5901384</p> <p><b>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ          โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796          E-mail : sudjaich1@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ          พิเศษ          โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211          E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p>นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ          โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346          E-mail : hrh.bps@gmail.com</p>
--	---	--

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

สำรวจ

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /  
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. นายสรรเสริญ นามพรหม        | ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล<br>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 | โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454                                   |
| โทรสาร : 02-5901421           | E-mail : sansernx@gmail.com                                    |

**กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

- |                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| 2. นางนันทพร มานะเนตร         | ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารทั่วไป |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901175 | โทรศัพท์มือถือ : 081-8319185 |
| โทรสาร :                      | E-mail :                     |

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. นางสาวจิรพร ทองหอม         | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ                    |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 | โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908<br>081-4594871 |
| โทรสาร : 02-5901421           | E-mail : jeerap_15@hotmail.com              |





	<p>4. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459</p> <p>โทรสาร : 02-5901384</p> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346</p> <p>E-mail : hrh.bps@gmail.com</p>
--	---	---

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	76. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (loss rate)				
คำนิยาม	<p>อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง จำนวนการลาออก การถูกให้ออกโดยมีความผิด การให้ออกไปสังกัดใหม่ นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ของข้าราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดในแต่ละเขตสุขภาพ จากระบบฐานข้อมูล HROPS โดยการหาค่าเฉลี่ยจากข้อมูลการสูญเสีย 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2557 – 2559) โดยให้ระบุวันที่นำข้อมูลมาใช้</p> <p>ระดับที่ 1 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 5 – 9.999</p> <p>ระดับที่ 2 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 10 – 14.999</p> <p>ระดับที่ 3 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 15 – 19.999</p> <p>ระดับที่ 4 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 20 – 24.999</p> <p>ระดับที่ 5 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 25 ขึ้นไป</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมในระดับที่					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการบุคลากรของหน่วยงาน ในเรื่องที่สามารถป้องกันหรือลดการสูญเสียบุคลากรได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพที่ 1-12)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลในระบบ HROPS ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพที่ 1-12)				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มบริหารงานบุคคลของทุกหน่วยงาน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอัตราการสูญเสียเดิม				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอัตราการสูญเสียที่ลดลง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดบันทึกข้อมูล การสูญเสียในระบบ HROPS ให้เป็นปัจจุบัน	สรุปและวิเคราะห์รายงาน การสูญเสียบุคลากรจำแนก ตามสาเหตุของการสูญเสีย ว่าสาเหตุใดสามารถป้องกัน หรือลดการสูญเสียบุคลากรได้	หน่วยงานมีการกำหนด มาตรการในการ ป้องกันหรือลดอัตรา การสูญเสียบุคลากร	อัตราการสูญเสียบุคลากร ด้านสุขภาพ ลดลงจากอัตรา สูญเสียเดิมร้อยละ 5 – 9.999

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้าน สุขภาพ ลดลงจากอัตราสูญเสีย เดิมร้อยละ 10 – 14.999

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้าน สุขภาพ ลดลงจากอัตราสูญเสีย เดิมร้อยละ 15 – 19.999

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้าน สุขภาพ ลดลงจากอัตราสูญเสีย เดิมร้อยละ 20 – 24.999

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้าน สุขภาพ ลดลงจากอัตราสูญเสีย เดิมร้อยละ 25 ขึ้นไป

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์จากรายงานการสูญเสียบุคลากรของหน่วยงาน

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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



หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	77. ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ
คำนิยาม	หมายถึง อำเภอที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีที่ตั้งอยู่ในอำเภอนั้นๆ มีอัตรากำลังบุคลากร ไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนซึ่งกำหนดไว้ในอัตรากำลังของแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS เทียบกับแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลอัตรากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. 2. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%	ทุกเขตสุขภาพมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 50 ของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน	ร้อยละ 50 ของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน

ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 60
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 70
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 80
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากข้อมูลในระบบ HROPS เปรียบเทียบกับเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขต			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	-	ร้อยละ	2557	2558
	-	ร้อยละ	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สุวิชา สฤงคารพูนเพิ่ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384 สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์		รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 081-2660441 E-mail : thaihospital@hotmail.com	
	2. นางธิดิภัทร คูหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384 กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 E-mail : inspect.n@gmail.com	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สป. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สป.			





หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)																			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																			
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ																			
ลักษณะ	Lagging Indicator																			
ระดับการวัดผล	ประเทศ																			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	78. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด																			
คำนิยาม	<p>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย</p> <p>1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน</p> <p>2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหาร อย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา 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 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>86,700 คน</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	86,700 คน					ร้อยละ 50				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
86,700 คน																				
ร้อยละ 50																				
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน</li> <li>2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ</li> <li>3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด</li> <li>4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน</li> </ol>																			

<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (<a href="http://hdcservice.moph.go.th/">http://hdcservice.moph.go.th/</a>) ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปี 2560 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4</li> <li>- ปี 2561 : 50% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3</li> <li>- ปี 2562 : 50% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่ไม่ซ้ำกับปี 2561</li> <li>- ปี 2563 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 2</li> <li>- ปี 2564 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 1 และ 5</li> </ul> <p>หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก <a href="http://hdcservice.moph.go.th/">http://hdcservice.moph.go.th/</a> ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2559</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>เก็บรวบรวมข้อมูลจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การขึ้นทะเบียน อสค.และการประเมินผลศักยภาพครอบครัว โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลเข้าระบบที่ <a href="http://192.168.200.92/osk/">http://192.168.200.92/osk/</a> และหรือ</li> <li>2. รายงานตามฐานข้อมูลและหรือโปรแกรมบนเว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a></li> </ol>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย</p>
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p><math>(A/B) \times 100</math></p>
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4</p>

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 10,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 30,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 46,700 คน	-
-	-	-	ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 50

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค.ทุกคน พร้อมทั้งนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่าน <http://192.168.200.92/osk/> หรือ [www.thaiphc.net](http://www.thaiphc.net) โดยเกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค.: การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ 70 : 30 คำนวณของเกณฑ์การประเมินครอบครัวมีศักยภาพ บทบาท อสค. : การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว (70 : 30) ได้แก่

	<table border="1"> <tr> <th>บทบาท อสค.</th> <th>ค่าน้ำหนัก</th> <th>การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว</th> <th>ค่าน้ำหนัก</th> </tr> <tr> <td>1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง</td> <td>30</td> <td>1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ตีมน้ำเปล่า</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</td> <td>20</td> <td>2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.</td> <td>20</td> <td>3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4.บำรุงรักษาจิตใจ</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><b>รวม</b></td> <td><b>70</b></td> <td><b>รวม</b></td> <td><b>30</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</b></td> </tr> </table>	บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก	1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	30	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ตีมน้ำเปล่า	10	2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	5	3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	10			4.บำรุงรักษาจิตใจ	5	<b>รวม</b>	<b>70</b>	<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</b>			
บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก																										
1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	30	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ตีมน้ำเปล่า	10																										
2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	5																										
3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	10																										
		4.บำรุงรักษาจิตใจ	5																										
<b>รวม</b>	<b>70</b>	<b>รวม</b>	<b>30</b>																										
<b>รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</b>																													
	2. การสุ่มประเมินตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป																												
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)</li> <li>2. หลักสูตร/คู่มือ อสค.</li> <li>3. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว</li> <li>4. โปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร,บัตรประจำตัว อสค. และโปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค.</li> <li>5. แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. (ผ่าน <a href="http://www.thaiiphc.net">www.thaiiphc.net</a>)</li> </ol>																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</td> <td>คน</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	1.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	คน	-	-	-	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-										
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																									
		2557	2558	2559																									
1.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	คน	-	-	-																									
2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-																									



หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	79. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลักองค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงานไป</p> <p>องค์ประกอบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. ความโปร่งใส (Transparency)</b> ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> <li><b>2. ความพร้อมรับผิด (Accountability)</b> ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ</li> <li><b>3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index)</b> ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ</li> <li><b>4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture)</b> ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> <li><b>5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)</b> ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> </ol> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย</p> <p>มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะที่ 2 ในปี 2560</p>

คือ 50 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวนทั้งสิ้น 396 แห่ง **ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 11 ข้อใหญ่ 42 ข้อย่อยเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้**

หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่าน **เกณฑ์ร้อยละ 85** จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น

**เกณฑ์เป้าหมาย :** ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก

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

**คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน**

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

**วัตถุประสงค์**

1. ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ
2. หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย**

รวมทั้งสิ้น จำนวน 396 แห่ง จำแนกดังนี้

1. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 หน่วยงาน
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน (ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด+โรงพยาบาลศูนย์ (ถ้ามี) + โรงพยาบาลทั่วไป)
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดละ 2 หน่วยงาน จำนวน 152 หน่วยงาน
4. โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละ 2 หน่วยงาน จำนวน 152 หน่วยงาน
5. หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวน 7 หน่วยงาน

ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้

	<p>หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายตามข้อ 1. ข้อ 2. และข้อ 5. จำนวน 92 หน่วยงาน เป็นหน่วยงาน <u>ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท.</u> ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. (จำนวน 3 เครื่องมือ)</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p><b>ส่วนที่ 1</b></p> <p>หน่วยงานเป้าหมายตามข้อ 1. ข้อ 2. ข้อ 3. ข้อ 4. และข้อ 5 จำนวน 396 หน่วยงาน พัฒนาระบบการปฏิบัติงานตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ประเมินตนเองใน รอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือน มีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</p> <p><b>ส่วนที่ 2</b></p> <p>หน่วยงานเป้าหมายระดับประเทศ ตามข้อ 1 ข้อ 2 และข้อ 5 ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน จำนวน 92 หน่วยงาน เตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. ตามเวลาที่กำหนดในแต่ละปี ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. 3 เครื่องมือ ประกอบด้วย</p> <p><b>1) การประเมิน Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT เป็นการประเมินความคิดเห็นบุคลากรภายในหน่วยงาน</b></p> <p>1.1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>กำหนดให้หน่วยงานที่รับการประเมินคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการกระจายครอบคลุมทุกประเภทหรือระดับของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ที่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ตามจำนวนที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด (กรณีหน่วยงานมีบุคลากรน้อยกว่าจำนวนที่กำหนด ให้หน่วยงานจัดส่งรายชื่อทั้งหมด) จัดส่งรายชื่อตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด</p>



1.2) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง(Self-Administered Questionnaire Survey) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล

**2) การประเมิน External Integrity and Transparency Assessment : EIT เป็นการประเมินความคิดเห็นผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินในปีงบประมาณนั้น**

2.1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดให้หน่วยงานที่รับการประเมินคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการกระจายครอบคลุมทุกประเภทหรือระดับของผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินตามจำนวนที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด (กรณีหน่วยงานมีผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียน้อยกว่าจำนวนที่กำหนด ให้จัดส่งรายชื่อทั้งหมดให้จัดส่งรายชื่อทั้งหมด) จัดส่งรายชื่อตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด

2.2) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire Survey) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล

**3) การประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด**

3.1) หน่วยงานประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 396 หน่วยงาน ใช้แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง

3.2) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หน่วยงานดำเนินการรวบรวมแบบสำรวจที่ได้ตอบคำถามตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT รวมถึงเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง

แหล่งข้อมูล	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 (ใน 1 ปี)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส			
ปี 2560 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ระดับ 3 (5)	85	85
ปี 2561 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ระดับ 3 (5)	85	85
ปี 2562 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ระดับ 3 (5)	85	85
ปี 2563 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ระดับ 3 (5)	85	85
ปี 2564 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ระดับ 3 (5)	85	85
วิธีการประเมินผล :	หน่วยงานจำนวน 396 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 <b>ส่วนที่ 1</b> จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่		

2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)

เกณฑ์การให้คะแนน :

การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB3

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB 1	200
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB 2 (ตรวจเฉพาะหน่วยงานคัดเลือกโครงการฯ จำนวน 5 โครงการที่มีงบประมาณสูงสุด ทั้งนี้ อาจยังไม่มีผลการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างก็ได้)	100
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB 3	400

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1	2	3	4	5
ระดับ 1	-	ระดับ 2	-	ระดับ 3

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB11

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
65	70	75	80	85

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB11

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
65	70	75	80	85

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB11

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
		65	70	75	80	85	
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2557	2558	2559		
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) จำนวน 85 หน่วยงาน	ร้อยละ	-	98.82 (85 หน่วย งาน)	94.12 (85 หน่วย งาน)		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com				
	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข						
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com				
	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com				
	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข						

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ														
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	เขต กรม														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	80. ร้อยละของการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม														
คำนิยาม	<p>การจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557</p> <p>เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์</p> <p>ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อให้นับรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองาราคาร่วมที่ดำเนินการในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	20	20	25	30	30
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
20	20	25	30	30											
วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาของหน่วยงาน แยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคาร่วม/ราคาอ้างอิง และ สอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข/สำนักบริหารการสาธารณสุข)														
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม														
รายการข้อมูล 1	A = มูลค่าการจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 2	B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4														

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				20	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				20	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				25	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				30	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				30	
วิธีการประเมินผล :	เขตสุขภาพและกรม ดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	มูลค่าการจัดซื้อรวมๆ	ร้อยละ	20.44	20.98	24.99
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901628		เภสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-4384207 E-mail : jprapai@gmail.com		
	2. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com		
	สำนักบริหารการสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641 สำนักบริหารการสาธารณสุข	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com
---	--	--

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
โครงการที่	2. พัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	81. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแลฝ่ายบริหารและบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ</li> <li>2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา</li> <li>3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วย รับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น</li> </ol> <p><b>แนวคิดของการควบคุมภายใน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติการควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีใช้ผลสุดท้ายของกรกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring)</li> <li>2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่น</li> </ol>



ของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น

3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิผลเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมายระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่ากับต้นทุนที่เกิดขึ้น

#### **ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน**

“การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด”

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

#### **มาตรฐานการควบคุมภายใน**

มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

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

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ
- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคม โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการและเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเรียกดูและสอบถามต่อไป

#### **การติดตามประเมินผล**

**การติดตามประเมินผล** เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอ เหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง

**การติดตามประเมินผล** หมายถึง การะบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม และทันเวลา

#### **ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล**

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้

- พิจารณาวិธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
- กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
- สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
- ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ

#### **การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน**

คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (คตป.) ประจำกระทรวง

	<p>/ ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาครัฐการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี</li> <li>- รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี</li> </ul>
--	---

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 2	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	ร้อยละ 10

<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน</p> <p>2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน กำหนด</p> <p>3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน</p>
---------------------	---

<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (9 กรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 แห่ง) และโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข (845 แห่ง)
-----------------------------	--

<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ดำเนินการนิเทศงานโดยใช้การประเมินงานระบบการควบคุมภายใน พร้อมรอบการตรวจราชการ และการเข้าตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน
-----------------------------	---

<b>แหล่งข้อมูล</b>	ลงพื้นที่นิเทศงานกลุ่มเป้าหมาย
--------------------	--------------------------------

<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน
-----------------------	--

<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน
-----------------------	---------------------------------------

<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
---------------------------	--------------------

<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 4
--------------------------	----------

<b>เกณฑ์การประเมิน</b>				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
			ร้อยละ 2	
ปี 2561 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
			ร้อยละ 4	

ปี 2562 :

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

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 10

วิธีการประเมินผล :

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	2
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย. 1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	3
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน	4
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง ( 6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	5



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

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อให้ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2558 3. เพื่อให้ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกหมวดที่มีผลงานโดดเด่นส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 กรม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลของกลุ่มพัฒนาระบบบริหารทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ/ กลุ่มพัฒนาระบบบริหารทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกกรมทบทวนและจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ได้แล้วเสร็จ</li> <li>- ทุกกรมดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA และคัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินการที่โดดเด่นส่งสมัครขอรับรางวัลรายหมวด รอบที่ 1 ส่งสำนักงาน ก.พ.ร. ภายในระยะเวลาที่กำหนด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกกรมรับทราบผลการพิจารณาผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 และส่งเอกสาร Application Report ฉบับสมบูรณ์ให้สำนักงาน ก.พ.ร. ภายในเวลาที่กำหนด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกกรมรับทราบผลการพิจารณาผ่านเกณฑ์รอบที่ 2 และได้รับแจ้งการตรวจประเมิน ณ พื้นที่ (Site visit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ได้รับรางวัลรายหมวด ไม่น้อยกว่า 2 กรม คิดเป็นร้อยละ 20</li> </ul>	

**เงื่อนไข:** ใช้ผลการพิจารณาตัดสินรางวัล PMQA จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ปีละ 1 ครั้ง

ช่วงเดือนกันยายน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560			ร้อยละ 40

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560			ร้อยละ 60

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560			ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560			ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน										
1	<p>ทบทวนและจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร 13 คำถาม</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>0.20 คะแนน</th> <th>0.40 คะแนน</th> <th>0.60 คะแนน</th> <th>0.80 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>7</td> <td>9</td> <td>11</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5	7	9	11	13
0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน							
5	7	9	11	13							
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินเทียบกับเกณฑ์ PMQA ปี 2558 และคัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินการที่โดดเด่นส่งสมัครรับรางวัล PMQA (0.50 คะแนน)</li> <li>- จัดทำเอกสารส่งสมัครรับรางวัล PMQA รอบที่ 1 ตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด และภายในระยะเวลาที่กำหนด (0.50 คะแนน)</li> </ul>										
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลการพิจารณาเอกสารส่งสมัครรับรางวัล PMQA รอบที่ 1 ไม่ผ่าน (0.00 คะแนน)</li> <li>- ผลการพิจารณาเอกสารส่งสมัครรับรางวัล PMQA รอบที่ 1 ผ่าน (0.50 คะแนน)</li> <li>- จัดทำเอกสารเพิ่มเติมรอบที่ 2 ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการกำหนด ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด (0.50 คะแนน)</li> </ul>										



	4	- ผลการพิจารณาเอกสารเพิ่มเติม รอบที่ 2 ไม่ผ่าน (0.00 คะแนน) ผลการพิจารณาเอกสารเพิ่มเติม รอบที่ 2 ผ่าน (0.50 คะแนน)			
	5	- ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด ร้อยละ 20			
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <a href="http://www.opdc.go.th/">http://www.opdc.go.th/</a>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัดใหม่				
	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของส่วนราชการใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์คุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด	ร้อยละ	22.20 (2 กรัม)	22.20 (2 กรัม)	55.50 (5 กรัม)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณค์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรสาร :		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ  โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 E-mail : suwanna_oey@yahoo.com		
	2. น.ส.อังคณา คิ้วเมืองวิเชียร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรสาร :		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 E-mail : lkung1038@gmail.com		
	3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรสาร :		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444 E-mail : A.deethongon@gmail.com		
	4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรสาร : 02-5901406		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954 E-mail : trekrittikas@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

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

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	83. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล														
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99)</li> <li>- injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2)</li> <li>- ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97)</li> <li>- ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9).</li> </ul> <p>2. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ไม่น้อยกว่า 25 % 2. ไม่น้อยกว่า 80 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 30 % 2. ไม่น้อยกว่า 85 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 35 % 2. ไม่น้อยกว่า 90 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 40 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 45 %</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1. ไม่น้อยกว่า 25 % 2. ไม่น้อยกว่า 80 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 % 2. ไม่น้อยกว่า 85 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 % 2. ไม่น้อยกว่า 90 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %	1. ไม่น้อยกว่า 45 %
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
1. ไม่น้อยกว่า 25 % 2. ไม่น้อยกว่า 80 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 % 2. ไม่น้อยกว่า 85 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 % 2. ไม่น้อยกว่า 90 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %	1. ไม่น้อยกว่า 45 %											
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพในสถานพยาบาล</p>														
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สาเหตุการตาย : 76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)</p> <p>2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : หน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย</p> <p>2. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ</p> <p>3. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย</p>														

แหล่งข้อมูล	1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. สาเหตุการตาย : $(A/B) \times 100$ 2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : $(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>				
<b>สาเหตุการตาย</b>				
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
ปี				
2560		ไม่น้อยกว่า 25 %		ไม่น้อยกว่า 25 %
2561		ไม่น้อยกว่า 30 %		ไม่น้อยกว่า 30 %
2562		ไม่น้อยกว่า 35 %		ไม่น้อยกว่า 35 %
2563		ไม่น้อยกว่า 40 %		ไม่น้อยกว่า 40 %
2564		ไม่น้อยกว่า 45 %		ไม่น้อยกว่า 45 %
<b>ข้อมูลบริการสุขภาพ</b>				
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
ปี				
2560		ไม่น้อยกว่า 80 %		ไม่น้อยกว่า 80 %
2561		ไม่น้อยกว่า 90 %		ไม่น้อยกว่า 90 %
2562		ไม่น้อยกว่า 95 %		ไม่น้อยกว่า 95 %
2563				
2564				
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<p>1.สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร)</p> <p>2.ข้อมูลบริการสุขภาพ : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคตามคู่มือมาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559</p> <p><b>หมายเหตุ :</b> การประเมินร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลต้องผ่านทั้ง คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย และ คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์</p>			





หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)					
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ					
โครงการที่	2. พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)					
ลักษณะ	Leading Indicator					
ระดับการวัดผล	ประเทศ					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	84. ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))					
คำนิยาม	Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบสุขภาพ ข้อมูลในการแลกเปลี่ยน หมายถึง ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ที่มีในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Records (PHRs)) กำหนด เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ เป็นต้น หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในประเทศไทย					
เกณฑ์เป้าหมาย						
		ภายในจังหวัดเดียวกัน		ข้ามเขตสุขภาพ		
		2560	2561	2562	2563	2564
		60%	80%	60%	80%	80%
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลสุขภาพของตนเอง</li> <li>2. เพื่อให้แพทย์ใช้ข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยชุดเดียวกัน ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ส่งเสริมในการบำบัดรักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง</li> <li>3. เพื่อให้เกิดการบูรณาการความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัย บำบัดรักษา จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เกิดเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่แตกฉาน</li> </ol>					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระยะ 5 ปี ได้แก่ รพศ./รพท./รพช.เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>2. ระยะ 10 ปี ได้แก่ รพช./รพ.สต. และ รพ. สังกัด กรม ใน สธ.</li> <li>3. ระยะ 20 ปี ได้แก่ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน</li> </ol>					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานในระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ.</li> <li>2. ระยะ 20 ปี : สืบมาจากหน่วยบริการ</li> </ol>					
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สธ. หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>2. ระยะ 20 ปี : คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกลางของประเทศ</li> </ol>					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (กำหนดเป้าหมายแต่ละปี)					

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม, สิงหาคม)				
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>					
ปี 2560 : ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องภายในจังหวัดเดียวกันสำเร็จ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	45	50	55	60	
ปี 2561 : ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องภายในจังหวัดเดียวกันสำเร็จ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	65	70	75	80	
ปี 2562 : ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องภายในเขตสุขภาพเดียวกันสำเร็จ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	45	50	55	60	
ปี 2563 : ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องภายในเขตสุขภาพเดียวกันสำเร็จ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	65	70	75	80	
ปี 2564 : ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องข้ามเขตสุขภาพได้สำเร็จ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50	60	70	80	
วิธีการประเมินผล :	ตรวจสอบข้อมูลจาก LogFile การเข้าใช้งาน Data Exchange				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>คู่มือการปฏิบัติงานการจับเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	ร้อยละ	-	-	-





หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ																
โครงการที่	2. พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)																
ลักษณะ	Leading Indicator																
ระดับการวัดผล	ประเทศ																
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	85. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)																
คำนิยาม	<p>Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะมาจากแหล่งที่มาของข้อมูลในระบบสารสนเทศ (EHRs) ของสถานพยาบาลโดยตรง ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วยเอง หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย</p> <p><b>เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง</b> หมายถึง ประชาชนมีสิทธิ์ในข้อมูลประวัติผู้ป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (ตามข้อมูลที่ระบุในหนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือ Consent Form ที่ประชาชนลงนามยินยอมให้ใช้ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเอง) สามารถใช้หรืออนุญาตให้โรงพยาบาลใด ๆ ใช้ข้อมูลชุดเดียวกันนี้ได้ เพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการทางดิจิทัล เช่น รับส่งไฟล์ข้อมูลผ่านอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลแบบพกพา เข้าถึงข้อมูลผ่าน Mobile Application เป็นต้น ทั้งนี้ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด</p> <p><b>ข้อมูลสุขภาพ</b> เช่น ข้อมูลในกลุ่มโรค NCD ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular &amp; Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และ โรคอ้วนลงพุง (Obesity)</p>																
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประกาศใช้หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์</td> <td></td> <td>ประกาศใช้มาตรฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ในทุก รพ. สังกัด สป.สธ.</td> <td>35%</td> <td>55%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>						2560	2561	2562	2563	2564	ประกาศใช้หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์		ประกาศใช้มาตรฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ในทุก รพ. สังกัด สป.สธ.	35%	55%	90%
	2560	2561	2562	2563	2564												
ประกาศใช้หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์		ประกาศใช้มาตรฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ในทุก รพ. สังกัด สป.สธ.	35%	55%	90%												
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา</li> <li>2. เพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทัวถึง และเท่าเทียมผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล</li> </ol>																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระยะ 5 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ.</li> </ol>																

	2. ระยะ 10 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับใน สังกัด สป.สธ. และหน่วยบริการในสังกัดกรม 3. ระยะ 20 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สํารวจผลการใช้หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Consent Form) 2. สํารวจผลการใช้มาตรฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับหน่วยงานในสังกัด สป.สธ. 3. ระยะ 20 ปี : สํารวจประชาชนผู้เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. และโรงพยาบาลสังกัดกรม ในสังกัด สธ. 2. ระยะ 20 ปี : สำนักงานสถิติแห่งชาติ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (กำหนดเป้าหมายแต่ละปี)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม และ สิงหาคม)

#### เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 : ระดับความสำเร็จในการประกาศมาตรฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้

ผลลัพธ์ : หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Consent Form)			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประชุม คณะทำงาน	สำรวจความเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาใน Consent Form	ทดลองใช้ใน รพ.สังกัด สป.สธ. Consent Form	ประกาศใช้ Consent Form ในทุก รพ. สังกัด สธ.

ปี 2561 : ระดับความสำเร็จในการประกาศมาตรฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้

ผลลัพธ์ : มาตรฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (สป.สธ.)			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประชุม คณะทำงาน	ร่างมาตรฐานฯ สำหรับ รพ. สังกัด สป.สธ.	ทดลองใช้มาตรฐานฯ สำหรับ รพ. สังกัด สป.สธ.	ประกาศใช้มาตรฐานฯ ในทุก รพ. สังกัด สป.สธ.

ปี 2562 : ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (กลุ่มโรค NCD) ของตนเองได้ผ่าน Application ของ สป.สธ.

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
20%	25%	30%	35%



หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	86. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$														
คำนิยาม	<p>ก. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ</p> <p>ข. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกันสังคม</p> <p>ค. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>ง. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ</p> <p>เป็นการเปรียบเทียบระหว่างค่า ก ข และ ค และ ง โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ก ต้องมีค่าไม่ต่างจาก ง <math>\pm 10\%</math></li> <li>▪ ข ต้องมีค่าไม่ต่างจาก ง <math>\pm 10\%</math></li> <li>▪ ค ต้องมีค่าไม่ต่างจาก ง <math>\pm 10\%</math></li> </ul>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า</td> <td>ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า</td> <td>ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า</td> <td>ค่าความต่างไม่เกิน <math>\pm 10\%</math></td> <td>ค่าความต่างไม่เกิน <math>\pm 10\%</math></td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า	ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า	ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า	ค่าความต่างไม่เกิน $\pm 10\%$	ค่าความต่างไม่เกิน $\pm 10\%$
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า	ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า	ค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า	ค่าความต่างไม่เกิน $\pm 10\%$	ค่าความต่างไม่เกิน $\pm 10\%$											
วัตถุประสงค์	ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ</li> <li>▪ ระบบประกันสังคม และ</li> <li>▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> </ul>														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก <ul style="list-style-type: none"> <li>- รวบรวมรายจ่ายสุขภาพของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก</li> <li>- รวบรวมจำนวนสมาชิกทั้งหมดของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก และจำนวนสมาชิกแยกตามกลุ่มอายุ (อ้างอิงกลุ่มอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ *)</li> </ul>														

แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก
รายการข้อมูล 1	A = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ
รายการข้อมูล 2	B = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกันสังคม
รายการข้อมูล 3	C = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกัน สุขภาพแห่งชาติ
รายการข้อมูล 4	D = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบหลักประกัน สุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/D) \times 100$ ต้องไม่เกินกว่า $\pm 10\%$ 2. $(B/D) \times 100$ ต้องไม่เกินกว่า $\pm 10\%$ 3. $(C/D) \times 100$ ต้องไม่เกินกว่า $\pm 10\%$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ค่าความต่างต้องไม่ มากกว่าหรือต้อง ลดลงจากปี 2559

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ค่าความต่างต้องไม่ มากกว่าหรือต้อง ลดลงจากปี 2560

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ค่าความต่างต้องไม่ มากกว่าหรือต้อง ลดลงจากปี 2561



หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	87. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ
คำนิยาม	การจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
<p>ปรึกษาหารือ และตกลงร่วมกันในหัวข้อ (ก) วิธีการจ่ายเงิน <u>หนึ่งวิธีตัวอย่าง</u> และ (ข) อัตราการจ่ายเงินจากนั้นติดตามและประเมินผล – เก็บข้อมูล base line</p>	<p>ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของอัตราการจ่ายเงินลดลง ร้อยละ 5</p>	<p>ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของอัตราการจ่ายเงินลดลง ร้อยละ 5</p>	<p>ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างของอัตราการจ่ายเงินลดลง ร้อยละ 5</p>	<p>ติดตามและประเมินผล ของหนึ่งวิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่างเป็นศูนย์ (ไม่ต่างกันเลย)</p>
วัตถุประสงค์	ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ</li> <li>▪ ระบบประกันสังคม และ</li> <li>▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> </ul>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รวบรวมอัตราการจ่ายเงินด้วย DRG (เป็นบาทต่อ RW) ของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลักให้แก่โรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้ง โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</li> <li>- รวบรวมรายการและอัตราการจ่ายเงินวัสดุการแพทย์ราคาแพงและยาราคาแพงที่มีการจ่ายเฉพาะเจาะจงตามรายการ ของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลักให้แก่โรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้ง โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</li> </ul>			



แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก
รายการข้อมูล 1	-
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ปรึกษาหารือ และตกลงร่วมกันในหัวข้อ (ก) วิธีการจ่ายเงิน หนึ่งวิธีตัวอย่าง และ (ข) อัตราการจ่ายเงิน จากนั้นติดตามและ ประเมินผล - เก็บ ข้อมูล base line

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ติดตามและ ประเมินผล ของหนึ่ง วิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่าง ของอัตราการจ่ายเงิน ลดลงร้อยละ 5

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ติดตามและ ประเมินผล ของหนึ่ง วิธีที่กำหนดในปี 60 โดยให้มีความต่าง ของอัตราการจ่ายเงิน ลดลงร้อยละ 5



ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. ดร.วลัยพร พัชรนิรมล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902366 โทรสาร : 02-5902385	นักวิจัยอาวุโส โทรศัพท์มือถือ : E-mail : walaiporn@ihpp.thaigov.net สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กลุ่มประกันสุขภาพ
---	--	---

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	88. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2560														
คำนิยาม	<p>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงซึ่งของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ซึ่งในที่นี้เรียกว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน และได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ประชากรเป้าหมายปี 2560 = 1,500,000 ราย  ประชากรเป้าหมายปี 2561 = 1,550,000 ราย  ประชากรเป้าหมายปี 2562 = 1,600,000 ราย  ประชากรเป้าหมายปี 2563 = 1,650,000 ราย  ประชากรเป้าหมายปี 2564 = 1,700,000 ราย</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 95.5</td> <td>ร้อยละ 95.5</td> <td>ร้อยละ 95.5</td> <td>ร้อยละ 95.5</td> <td>ร้อยละ 95.5</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน</li> <li>2. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)														
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลบันทึกผลการปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ของแต่ละจังหวัด														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานในแต่ละจังหวัดที่บันทึกในระบบ ITEMS														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นเป้าหมายปี 2560 = 1,500,000 ราย														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4														

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5		
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5		
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 95.5		
วิธีการประเมินผล :	1. มีระบบตรวจสอบ (Audit) เอกสารแบบฟอร์มการปฏิบัติงาน 2. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบ ITEMS				
เอกสารสนับสนุน :	1. ข้อมูลในระบบฐานข้อมูล ITEMS 2. รายงานการตรวจสอบแบบฟอร์มการปฏิบัติงานในระบบ Audit				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	1,337,035	ครั้ง	1,277,985	1,337,035	954,565
	ปี 2559 ผลงาน 8 เดือน				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางธันณจิรา ธนาศิริธัชนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721669		รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 E-mail : thunjira.t@niems.go.th		
	2. นางสินีนุช ไชยสิทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-872166 โทรสาร : 02-8721603		ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธัญจิรา ธนาศิริชันทน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721669</p> <p>2. นางสาวสินุช ไชยสิทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-872166 โทรสาร : 02-8721603</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 E-mail : thunjira.t@niems.go.th</p> <p>ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th</p>
---	---	--

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	89. คริวเรือที่ต้องกลายเป็นคริวเรือยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment)			
คำนิยาม	<p>คริวเรือที่ต้องกลายเป็นคริวเรือยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คำนวณจากจำนวนคริวเรือที่อยู่เหนือเส้นความยากจน แต่ภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้ว คริวเรือดกอยู่ใต้เส้นความยากจน</p> <p>หมายเหตุ : อ้างอิงจาก เป้าประสงค์ความเพียงพอ และความเป็นธรรม ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 7 ของข้อเสนอการคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (SAFE) : อ้างอิงจากเป้าหมาย3.8 (financial risk protection) เป้าประสงค์ที่ 3 ของ sustainable Development Goal(SDG)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ไม่เกิน 0.47	-	ไม่เกิน 0.44	-
	ปี 5	ปี 10	ปี 15	ปี 20
	ไม่เกิน 0.4	ไม่เกิน 0.2	ไม่เกิน 0.1	0
วัตถุประสงค์	เพื่อกำกับ ติดตาม สถานการณ์การประสพภาวะกลายเป็นคริวเรือยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจทุกปี			
แหล่งข้อมูล	การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของคริวเรือโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลเส้นความยากจน ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคริวเรือที่อยู่เหนือเส้นความยากจนที่กลายเป็นคริวเรือภายใต้อันเส้นความยากจน ภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคริวเรือทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ทุก 2 ปี)			

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





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





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





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



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

เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	หน่วยบริการ สังกัด สำนักงาน ปลัด กระทรวง สาธารณสุขที่ ประสบภาวะ วิกฤติทาง การเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส <u>1/57</u> ร้อยละ 11.58 ไตรมาส <u>2/57</u> ร้อยละ 12.13 ไตรมาส <u>3/57</u> ร้อยละ 12.91 ไตรมาส <u>4/57</u> ร้อยละ 9.18	ไตรมาส <u>1/58</u> ร้อยละ 6.31 ไตรมาส <u>2/58</u> ร้อยละ 5.76 ไตรมาส <u>3/58</u> ร้อยละ 12.19 ไตรมาส <u>4/58</u> ร้อยละ 15.65	ไตรมาส <u>1/59</u> ร้อยละ 8.71 ไตรมาส <u>2/59</u> ร้อยละ 5.04 ไตรมาส <u>3/59</u> ร้อยละ 9.83
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pitalpolb@hotmail.com</p> <p>2. นางอมรรัตน์ พิระพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง โทรศัพท์มือถือ : E-mail : amonrattana@gmail.com</p> <p>3. นางนันทมนงค์ สายรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576 หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nimanong_15@hotmail.com</p> <p>4. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1574 โทรสาร : 02-5901576 กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				



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

	<p>1.4 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เข้ารับการประกวด และผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>1.5 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านบททวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข และได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ฯ โดยนับเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ 6 ของปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงฉบับที่ 5 ของปีงบประมาณปัจจุบัน (วารสารวิชาการสาธารณสุขผลิต 6 เล่ม/ปี)</p> <p>2. การนิเทศติดตามประเมินผล</p>																																								
แหล่งข้อมูล	<p>1.หน่วยงานส่วนกลาง</p> <p>1.1.สำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ</p>																																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์																																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)																																								
<p><b>เกณฑ์การประเมิน</b></p> <p>ปี 2560 :</p> <table border="1" 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>20</td> </tr> </table> <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> <p>ปี 2564 :</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>40</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				20	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				25	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				30	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				35	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				40
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			20																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			25																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			30																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			35																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
			40																																						



<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	<b>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>														
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="472 277 951 331">1. นางชนิดา กาจันะ</td> <td data-bbox="951 277 1490 331">นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 331 951 385">    โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9</td> <td data-bbox="951 331 1490 385">    โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 385 951 439">    โทรสาร : 02-5901718-9</td> <td data-bbox="951 385 1490 439">    E-mail : numaewssj@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 439 951 492">2. นางจุฬาร กระเทศ</td> <td data-bbox="951 439 1490 492">นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 492 951 546">    โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9</td> <td data-bbox="951 492 1490 546">    โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 546 951 600">    โทรสาร : 02-5901718-9</td> <td data-bbox="951 546 1490 600">    E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="472 600 1490 667"> <b>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b> </td> </tr> </table>	1. นางชนิดา กาจันะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9	โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238	โทรสาร : 02-5901718-9	E-mail : numaewssj@hotmail.com	2. นางจุฬาร กระเทศ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9	โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929	โทรสาร : 02-5901718-9	E-mail : juraporn_krates@hotmail.com	<b>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>	
1. นางชนิดา กาจันะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ														
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9	โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238														
โทรสาร : 02-5901718-9	E-mail : numaewssj@hotmail.com														
2. นางจุฬาร กระเทศ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ														
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9	โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929														
โทรสาร : 02-5901718-9	E-mail : juraporn_krates@hotmail.com														
<b>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>															

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



	6. กรมสุขภาพจิต 7. กรมอนามัย 8. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา																																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารรายงาน 1.1 สรุปค่าของบประมาณตามแผนบูรณาการงานวิจัยและพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 1.2 แผนปฏิบัติการตามแผนบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข 1.3 รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงานกระทรวงสาธารณสุข 6 และ 12 เดือน 2. การสอบถามสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มงบประมาณ																																								
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยงานระดับกรม 2. หน่วยงานระดับเขต/ จังหวัด 3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มงบประมาณ																																								
รายการข้อมูล 1	A = งบประมาณดำเนินการที่เกี่ยวกับการวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																																								
รายการข้อมูล 2	B = งบประมาณดำเนินการทั้งหมดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4																																								
<b>เกณฑ์การประเมิน</b> <b>ปี 2560 :</b> <table border="1" data-bbox="263 1189 1331 1312"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table> <b>ปี 2561 :</b> <table border="1" data-bbox="263 1373 1331 1496"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table> <b>ปี 2562 :</b> <table border="1" data-bbox="263 1556 1331 1680"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table> <b>ปี 2563 :</b> <table border="1" data-bbox="263 1740 1331 1863"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table> <b>ปี 2564 :</b> <table border="1" data-bbox="263 1924 1331 2047"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5%</td> <td>1.0%</td> <td>1.5%</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	0.5%	1.0%	1.5%																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	0.5%	1.0%	1.5%																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	0.5%	1.0%	1.5%																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	0.5%	1.0%	1.5%																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	0.5%	1.0%	1.5%																																						

วิธีการประเมินผล :	1. การตรวจสอบติดตามการใช้จ่ายเงินและผลการดำเนินงาน 2. การประเมินผลการใช้จ่ายเงินและผลการดำเนินงาน 3. การรายงาน				
เอกสารสนับสนุน :	1. แผนบูรณาการงานวิจัยและพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560-2564 2. สรุปแผนปฏิบัติการด้านวิจัยและพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560-2564 3. รายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการวิจัยกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560-2564				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒน์ชัยกูร      ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714      โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 โทรสาร : 02-5919832      E-mail : bengouy@hotmail.com 2. นางจิรภฎา วานิชอังกูร      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706      โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079 โทรสาร : 02-5919832      E-mail : ppproject2016@hotmail.com <b>สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจิรภฎา วานิชอังกูร      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901706      โทรศัพท์มือถือ: 089-7997079 โทรสาร: 02-5919832      E-mail: chiraphada@hotmail.com <b>สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>				

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

			จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่าน เกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 60
--	--	--	---

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-มีการวางแผน การจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการ ประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-มีการดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผล การดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผล แต่ละกิจกรรม	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website <a href="http://www.kmmoph.com/">http://www.kmmoph.com /</a> -มีการประเมินผลและสรุปผลการ ดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่าน เกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล :	เอกสารรายงาน และ web site : <a href="http://kmmoph.com/">http://kmmoph.com/</a>			
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารคู่มือการประเมินผลการจัดการความรู้ กระทรวงสาธารณสุข ระดับกรมและเขตสุขภาพ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2557      2558      2559
		ระดับความสำเร็จ การขับเคลื่อน การจัดการความรู้ หน่วยงานกระทรวง สาธารณสุข	ระดับ	5      5      -
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางชนิดา กาจินะ      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9      โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238 โทรสาร : 02-5901718-9      E-mail : numaewssj@hotmail.com 2. นางจุฬาร กระจะเทศ      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9      โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 โทรสาร : 02-5901718-9      E-mail : juraporn_krates@hotmail.com <b>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางชนิดา กาจินะ      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9      โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238 โทรสาร : 02-5901718-9      E-mail : numaewssj@hotmail.com			



หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	16. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	96. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
คำนิยาม	<p>กฎหมาย หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติและอนุบัญญัติ  <b>กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ</b> หมายถึง กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขที่ต้อง  ออกตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 5 เรื่อง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กฎหมายให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย</li> <li>2. กฎหมายให้บริการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย</li> <li>3. กฎหมายช่วยเหลือมารดา ก่อนและหลังคลอด</li> <li>4. กฎหมายหลักประกันสุขภาพ</li> <li>5. กฎหมายการแพทย์ปฐมภูมิ</li> </ol> <p><b>กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติที่เร่งด่วน</b> หมายถึง กฎหมายประกาศใช้แล้วและต้อง  ออกอนุบัญญัติโดยด่วนประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558</li> <li>2. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558</li> <li>3. พระราชบัญญัติความลับทางการค้า พ.ศ. 2545 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2558</li> <li>4. พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558</li> <li>5. พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559</li> <li>6. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559</li> <li>7. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทาง  การแพทย์ พ.ศ. 2558</li> <li>8. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559</li> </ol> <p><b>กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน</b> หมายถึง ร่างกฎหมายที่ร่างแล้วเสร็จออกไปจาก  กระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่ยังไม่ผลบังคับใช้เป็นกฎหมาย จำนวน 9 ฉบับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและ  ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ....</li> <li>2. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ....</li> <li>3. ร่างพระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุข พ.ศ. ....</li> <li>4. ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเซลล์บำบัด พ.ศ. ....</li> <li>5. ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. ....</li> <li>6. ร่างพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. ....</li> <li>7. ร่างพระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีน พ.ศ. ....</li> </ol>

8. ร่างพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ....

9. ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ....

**กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตาม หมายถึง** กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนหรือกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน

**การแก้ไข หมายถึง** ขั้นตอนกระบวนการนิติบัญญัติในการออกกฎหมาย การแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการแปลกฎหมายกรณีกฎหมายที่ออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนต้องมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายกรณีกฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามให้สิ้นสุดกระบวนการเมื่อรัฐมนตรีลงนามส่งเรื่องไปสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

**การแปลกฎหมาย หมายถึง** การแปลกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติจาก ภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 44 ฉบับที่แนบท้าย Templet

**การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง** การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

**ในปีงบประมาณ 2560 จะบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญรวม 3 ประเด็น คือ**

1. คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์
2. การโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ
3. การจัดการกับขยะมูลฝอย

ทั้งนี้ ตามรายชื่อกฎหมายแนบท้าย Templet นี้

#### เกณฑ์เป้าหมาย

**ตัวชี้วัด:** ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ

**ตัวชี้วัดย่อยที่ 1** ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข

พิจารณาจากความสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายปีงบประมาณแยกเป็น 4 กลุ่มมีเป้าหมายดังนี้

**กลุ่ม 1** กฎหมายออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนเป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

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

**กลุ่ม 2** กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน เป้าหมาย ร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
60	65	70	75	80



กลุ่ม 3 กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามเป้าหมาย ร้อยละ 60

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
40	45	50	55	60

กลุ่ม 4 การแปลกฎหมาย เป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

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

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 90

กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 4 องค์ประกอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ

องค์ประกอบ	การดำเนินการ
1.	ต้องกำหนดการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงให้ความสำคัญเป็นตัวชี้วัดของนิติกรและผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านกฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและวางแผนการบังคับใช้กฎหมายร้อยละ 60 ของกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บังคับใช้
2.	เข้าร่วมการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นในทุกช่องทางร้อยละ 75 ของที่มีการจัด
3.	ต้องมีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัดทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นดังนี้ -คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ เครือข่ายได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัด -การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเครือข่าย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพของเอกชนในจังหวัด สถานีวิทยุ โทรทัศน์หรือผู้ประกอบการสื่อสิ่งพิมพ์ในจังหวัดเจ้าหน้าที่สรรพสามิต พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการในจังหวัด -การจัดการกับขยะมูลฝอยเครือข่ายได้แก่ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการภายในจังหวัด โดยกิจกรรมที่ทำอาจเป็นการเชิญเข้ามาเป็นเครือข่ายหรือเชิญเข้าประชุมการบังคับใช้กฎหมายแต่ละเรื่อง หรือสร้างความสัมพันธ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือเข้ามาเป็นวิทยากรในการอบรมภายในจังหวัดหรือช่วยออกตรวจ หรือขอให้ร่วมประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องสร้างเครือข่ายอย่างน้อยร้อยละ 80 ของประเด็นกฎหมายที่จะบังคับใช้ (2 ใน 3 ของประเด็นกฎหมาย)
4.	ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย ดังนี้ 1. มีกิจกรรมในเชิงบวกประชาสัมพันธ์และป้องปรามออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง <b>หรือ</b> 2. มีการใช้มาตรการลงโทษร้องทุกข์ดำเนินคดี หรือลงโทษเรื่องที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด โดยขอให้รายงานกระทรวงสาธารณสุขทราบพร้อมหลักฐานทุก 6 เดือน

เกณฑ์การให้คะแนน				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
60	70	80	90	100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน 2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	1. กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต			
รายการข้อมูล 1	A = กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนออกได้ใน 1 ปี			
รายการข้อมูล 2	B = กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	C = กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนสามารถบังคับใช้ได้ภายใน 1 ปี			
รายการข้อมูล 4	D = กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนทั้งหมด			
รายการข้อมูล 5	E = กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามที่แก้ไขได้ภายใน 1 ปี			
รายการข้อมูล 6	F = กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามทั้งหมด			
รายการข้อมูล 7	G = การแปลกฎหมายที่แปลได้ภายใน 1 ปี			
รายการข้อมูล 8	H = กฎหมายที่ต้องแปลทั้งหมด			
รายการข้อมูล 9	I = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ครบองค์ประกอบ			
รายการข้อมูล 10	J = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 1</b> กลุ่มที่ 1 = $(A/B) \times 100$ กลุ่มที่ 2 = $(C/D) \times 100$ กลุ่มที่ 3 = $(E/F) \times 100$ กลุ่มที่ 4 = $(G/H) \times 100$ <b>สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2 = <math>(I/J) \times 100</math></b>			

<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	1. ร้อยละของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขทำการประเมินไตรมาส 4 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทำการประเมินไตรมาส 2 และ 4
--------------------------	---

**เกณฑ์การประเมิน**

**1. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุง ได้รับการแก้ไข**

**ปี 2560 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กฎหมายทุกฉบับมีปฏิทินและแผนปฏิบัติการแล้วเสร็จ ร้อยละ 85	กรมที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมเกี่ยวกับกฎหมายร้อยละ 50 กฎหมายกลุ่ม 1 มีความพร้อมร้อยละ 60	กฎหมายกลุ่ม 1 ผ่าน ค.ร.ม. หรือผ่านกระทรวง ร้อยละ 100	กฎหมายและกฎกระทรวง มีการประกาศใช้บังคับ

**ปี 2561 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กฎหมายทุกฉบับมีปฏิทินและแผนปฏิบัติการแล้วเสร็จ ร้อยละ 85	กรมที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมเกี่ยวกับกฎหมาย ร้อยละ 50	กฎหมายผ่าน ค.ร.ม. หรือผ่านกระทรวง ร้อยละ 100	กฎหมายและกฎกระทรวง มีการประกาศใช้บังคับ

**ปี 2562 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กฎหมายทุกฉบับมีปฏิทินและแผนปฏิบัติการแล้วเสร็จ ร้อยละ 85	กรมที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมเกี่ยวกับกฎหมาย ร้อยละ 50	กฎหมายผ่าน ค.ร.ม. หรือผ่านกระทรวง ร้อยละ 100	กฎหมายและกฎกระทรวง มีการประกาศใช้บังคับ

**ปี 2563 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กฎหมายทุกฉบับมีปฏิทินและแผนปฏิบัติการแล้วเสร็จ ร้อยละ 85	กรมที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมเกี่ยวกับกฎหมาย ร้อยละ 50	กฎหมายผ่าน ค.ร.ม. หรือผ่านกระทรวง ร้อยละ 100	กฎหมายและกฎกระทรวง มีการประกาศใช้บังคับ

**ปี 2564 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กฎหมายทุกฉบับมีปฏิทินและแผนปฏิบัติการแล้วเสร็จ ร้อยละ 85	กรมที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมเกี่ยวกับกฎหมาย ร้อยละ 50	กฎหมายผ่าน ค.ร.ม. หรือผ่านกระทรวง ร้อยละ 100	กฎหมายและกฎกระทรวง มีการประกาศใช้บังคับ

2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข พิจารณาจากผลสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นางสุดา ทองผดุงโรจน์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901438  
โทรสาร : 02-5901434  
ผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437  
โทรสาร : 02-5901434  
นิติกรชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ภาคผนวก

ก

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 15 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่เป็นคนไทยไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 3 ปี ย้อนหลังที่ถูกรายงานการค้นพบ ปี 2558

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

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

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

เป้าหมายอัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนปีงบประมาณ 2560

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

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

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



เป้าหมายการทำงาน "ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน" ในปีงบประมาณ 2560 รายจังหวัด แยกรายเดือน/ไตรมาส

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

จังหวัด	ไตรมาสที่ 1						ไตรมาสที่ 2						ไตรมาสที่ 3						ไตรมาสที่ 4						รวม	
	ตค.		พย.		ธค.		มค.		กพ.		มีค.		เมย.		พค.		มิย.		กค.		สค.		กย.			
	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%
อุดรธานี	21	18	11	9	18	15	15	13	16	14	18	15	26	22	12	10	19	16	11	9	12	10	9	8	188	162
นครพนม	8	7	7	6	3	3	7	6	5	4	9	8	5	4	7	6	3	3	5	4	5	4	4	3	68	58
มุกดาหาร	5	4	4	3	5	4	3	3	4	3	7	6	3	3	5	4	2	2	3	3	2	2	5	4	48	41
ยโสธร	6	5	7	6	6	5	7	6	7	6	6	5	6	5	6	5	7	6	5	4	3	3	8	7	74	64
ศรีสะเกษ	8	7	15	13	18	15	12	10	11	9	15	13	16	14	15	13	15	13	17	15	15	13	14	12	171	147
สกลนคร	19	16	20	17	20	17	21	18	14	12	12	10	29	25	11	9	11	9	16	14	19	16	13	11	205	176
อำนาจเจริญ	2	2	5	4	5	4	6	5	4	3	2	2	3	3	3	3	1	1	3	2	2	2	1	1	36	31
อุบลราชธานี	34	29	45	39	47	40	51	44	45	39	53	46	50	43	47	40	43	37	41	35	37	32	28	24	521	448
กำแพงเพชร	11	9	21	18	19	16	14	12	14	12	15	13	20	17	19	16	17	15	18	15	12	10	14	12	194	167
ชัยนาท	10	9	13	11	7	6	13	11	16	14	8	7	9	8	6	5	10	9	4	3	6	5	8	7	110	95
นครสวรรค์	21	18	21	18	29	25	29	25	28	24	28	24	25	22	33	28	19	16	26	22	18	15	21	18	298	256
พิจิตร	7	6	8	7	9	8	13	11	11	9	13	11	15	13	8	7	6	5	7	6	11	9	8	7	116	100
อุทัยธานี	6	5	7	6	3	3	9	8	7	6	3	3	7	6	5	4	3	3	2	2	2	2	1	1	55	47
เพชรบูรณ์	20	17	21	18	28	24	22	19	28	24	27	23	24	21	23	20	18	15	22	19	14	12	14	12	261	224
ตาก	10	9	7	6	5	4	5	4	8	7	10	9	5	4	10	9	3	3	4	3	6	5	7	6	80	69
พิษณุโลก	29	25	26	22	26	22	30	26	27	23	37	32	36	31	30	26	27	23	23	20	23	20	24	21	338	291
สุโขทัย	8	7	11	9	8	7	10	9	15	13	7	6	11	9	10	9	7	6	11	9	9	8	6	5	113	97
อุดรดิตถ์	6	5	5	4	9	8	10	9	9	8	11	9	10	9	9	8	8	7	5	4	7	6	7	6	96	83
เชียงใหม่	29	25	34	29	37	32	34	29	32	28	32	28	34	29	29	25	27	23	27	23	34	29	35	30	384	330
เชียงราย	35	30	36	31	36	31	39	34	32	28	33	28	41	35	23	20	30	26	24	21	22	19	26	22	377	324
แพร่	6	5	13	11	7	6	6	5	5	4	5	4	12	10	5	4	8	7	3	3	7	6	5	4	82	71
แม่ฮ่องสอน	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	21
น่าน	7	6	9	8	6	5	6	5	12	10	9	8	9	8	8	7	5	4	7	6	6	5	5	4	89	77
พะเยา	8	7	8	7	9	8	10	9	10	9	14	12	12	10	9	8	9	8	9	8	4	3	6	5	108	93
ลำปาง	17	15	19	16	17	15	22	19	15	13	20	17	11	9	16	14	17	15	12	10	12	10	16	14	194	167
ลำพูน	8	7	8	7	9	8	8	7	9	8	12	10	11	9	9	8	11	9	7	6	8	7	4	3	104	89
กระบี่	14	12	12	10	11	9	11	9	12	10	13	11	11	9	16	14	15	13	15	13	11	9	9	8	150	129
ชุมพร	20	17	16	14	15	13	18	15	15	13	20	17	18	15	17	15	13	11	19	16	16	14	16	14	203	175
นครศรีธรรมราช	38	33	34	29	26	22	33	28	37	32	32	28	40	34	29	25	39	34	35	30	41	35	26	22	410	353
พังงา	5	4	7	6	2	2	3	3	9	8	4	3	3	3	4	3	6	5	3	3	3	3	5	4	54	46
ภูเก็ต	16	14	16	14	9	8	20	17	15	13	16	14	7	6	14	12	13	11	13	11	14	12	10	9	163	140
ระนอง	2	2	3	3	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	1	1	28	24
สุราษฎร์ธานี	28	24	26	22	28	24	26	22	30	26	34	29	31	27	24	21	23	20	39	34	32	28	35	30	356	306
ตรัง	21	18	15	13	16	14	21	18	26	22	20	17	15	13	14	12	17	15	18	15	19	16	20	17	222	191
นราธิวาส	12	10	12	10	5	4	10	9	9	8	12	10	13	11	14	12	8	7	7	6	10	9	10	9	122	105
ปัตตานี	6	5	4	3	4	3	6	5	6	5	6	5	3	3	6	5	5	4	9	8	6	5	6	5	67	58
พัทลุง	9	8	19	16	11	9	12	10	12	10	15	13	12	10	12	10	11	9	14	12	15	13	10	9	152	131
ยะลา	11	9	3	3	6	5	9	8	9	8	6	5	5	4	10	9	11	9	14	12	7	6	11	9	102	88
สงขลา	34	29	35	30	23	20	26	22	40	34	35	30	33	28	33	28	37	32	39	34	34	29	36	31	405	348
สตูล	5	4	7	6	4	3	7	6	4	3	5	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	6	5	56	48

จังหวัด	ไตรมาสที่ 1						ไตรมาสที่ 2						ไตรมาสที่ 3						ไตรมาสที่ 4						รวม	
	ตค.		พย.		ธค.		มค.		กพ.		มีค.		เมย.		พค.		มิย.		กค.		สค.		กย.			
	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง	med	ลดลง
รวม	1,132	973	1,231	1,058	1,100	946	1,256	1,080	1,206	1,037	1,287	1,107	1,265	1,088	1,128	970	1,105	950	1,125	967	1,005	864	982	844	13,819	11,884

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

ประเด็นที่ 1: ผักและผลไม้สด

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
คำนิยาม	<b>ผักและผลไม้สด</b> หมายถึง ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านมาตรฐานจากการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ในกลุ่มออร์แกนิกฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต <b>สารเคมีกำจัดศัตรูพืช</b> หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์แกนิกฟอสเฟต และกลุ่มคาร์บาเมต
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1. เพื่อสำรวจและประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามข้อบ่งชี้ (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก 2. เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย ได้แก่ ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เกต ที่ไม่ผ่านมาตรฐานจากการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ในกลุ่มออร์แกนิกฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. กิจกรรมสำรวจข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นมาตรการดำเนินการไม่นำมาคำนวณตัวชี้วัด 1.1 สำรวจข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่มีอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามข้อบ่งชี้ (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลากตามรายการเอกสารแนบตัวชี้วัด 1-1 1.2 ประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งในจังหวัด โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และ

บันทึกการตรวจวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก

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

1.4 รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานในแบบฟอร์มกิจกรรมฯและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้

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

หมายเหตุ : 1. \* เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล(ต่อ)**

2. กิจกรรมเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ร่วมกับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit)

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

2.2 หน่วยเคลื่อนที่ฯ รายงานผลการสำรวจสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit โดย

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

2) รายงานผลงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเขตพื้นที่เพื่อทราบสถานการณ์

2.3 กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit พบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา

2.4 สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างชนิดของผักและผลไม้สดดังกล่าวตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า

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

2.5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลรายงานผลการสำรวจสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้

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

หมายเหตุ : 1. \* เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

แหล่งข้อมูล

ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ส่วนภูมิภาค : 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2. เขตบริการสุขภาพโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ และได้รับผลการตรวจวิเคราะห์				
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"> <li>ป.สธ เรื่อง กำหนดเครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก</li> <li>จัดทำแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมาย สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ</li> <li>จัดอบรมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ</li> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูล สถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ</li> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูล สถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ</li> <li>สื่อ ประชาสัมพันธ์ ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่</li> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูล สถานการณ์การเฝ้าระวังผักและผลไม้ในประเทศ</li> <li>จัดกิจกรรมเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	

		<p>ตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์ฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<p>กรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	
เกณฑ์การประเมิน (ต่อ) :					
	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เขตบริการสุขภาพ (หน่วยเคลื่อนที่ ๓)	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำแผนเก็บตัวอย่าง</li> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับผักและผลไม้สดปลอดภัย</li> <li>ตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับผักและผลไม้สดปลอดภัย</li> <li>ตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับผักและผลไม้สดปลอดภัย</li> <li>ตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับผักและผลไม้สดปลอดภัย</li> <li>ตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รวบรวมผลการดำเนินงานและรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>



	<p>สสจ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>• ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>• ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>• ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>• ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>• ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>• ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</li> <li>• ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด</li> <li>• ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ส่งต่อข้อมูลให้สำนักงานเกษตรจังหวัดเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
--	-------------	---	--	--	--

วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	-	96.91	97.82	97.52
หมายเหตุ : ผลวิเคราะห์โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. <u>ประเด็นการดำเนินงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค</u></p> <p>1.1 ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ 081-857-9535</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางนิธิวดี บัตรพรธนะ โทรศัพท์ 093-329-6998</p> <p>1.2 ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวจิราภรณ์ ยอดเถื่อน โทร 02-590-7252</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร นางสาวรวรวัลย์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p> <p>2. <u>ประเด็นการดำเนินงานโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</u></p> <p>ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ โทรศัพท์ 02-590-7406</p> <p>ผู้ประสานงาน : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร นางสาวรวรวัลย์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการดำเนินงาน	<p>● ส่วนกลาง</p> <p>น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>				

	<ul style="list-style-type: none"><li>● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข<ol style="list-style-type: none"><li>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li><li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li></ol></li></ul>
--	--

## รายชื่อผักหรือผลไม้สด

### ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

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

<sup>1</sup> ส้มเปลือกกล่อน ได้แก่ ส้มเขียวหวาน ส้มปรืององต์และส้มสายน้ำผึ้ง หรือส้มโชกุน

<sup>2</sup> ส้มตรา ได้แก่ ส้มเซ็งและส้มจุก

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

ผลไม้	ชื่อวิทยาศาสตร์
(45) หอมแดง (shallot)	<i>Allium cepa</i> L. var. <i>aggregatum</i> Don.
(46) เห็ดเพาะเลี้ยง (mushrooms)	
(47) โหระพา (sweet basil)	<i>Ocimum basilicum</i> L.

ประเด็นที่ 2: เนื้อสัตว์สด

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

	<p>5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="586 222 1377 621"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มิ.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. เขตบริการสุขภาพโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเนื้อสัตว์สดที่ผ่านมาตรฐานด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวอย่างเนื้อสัตว์สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ และได้รับผลการตรวจวิเคราะห์										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง = $(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1" data-bbox="448 1268 1487 1885"> <thead> <tr> <th>หน่วยงาน</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อย.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ข้อมูลสถานการณ์การ</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อย.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ข้อมูลสถานการณ์การ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
อย.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ข้อมูลสถานการณ์การ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</li> <li>ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>							



		<p>เฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•รายงานผลในระบบ</li> </ul> <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>และดำเนินการแก้ไขปัญหา</p> <p>สถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•ข้อมูล</li> </ul> <p>สถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•รายงานผลในระบบ</li> </ul> <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>และดำเนินการแก้ไขปัญหา</p> <p>สถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•ข้อมูล</li> </ul> <p>สถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•รายงานผลในระบบ</li> </ul> <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•รวบรวมผลการดำเนินงานและรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>
เขตบริการสุขภาพ (หน่วยเคลื่อนที่ ๓)	<ul style="list-style-type: none"> <li>•จัดทำแผนเก็บตัวอย่าง</li> <li>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ</li> </ul> <p>1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับเนื้อสัตว์ปลอดภัย</p> <p>2) ตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ</li> </ul> <p>1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับเนื้อสัตว์ปลอดภัย</p> <p>2) ตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ</li> </ul> <p>1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับเนื้อสัตว์ปลอดภัย</p> <p>2) ตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•รวบรวมผลการดำเนินงานและรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>	
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อ</li> </ul> <p>ตรวจสอบการปลอมปนของสาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อ</li> </ul> <p>ตรวจสอบการปลอมปนของสาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อ</li> </ul> <p>ตรวจสอบการปลอมปนของสาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•รายงานผลในระบบ</li> </ul> <p>Dashboard ของ</p>	

		<p>ร่เงงเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<p>ร่เงงเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>•รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<p>ร่เงงเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>•รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	กระทรวงสาธารณสุข
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเรงเนื้อแดง	ร้อยละ	98.47	95.51	95.64 (30 มิ.ย. 59)
	หมายเหตุ : ผลวิเคราะห์โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ 081-857-9535</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางนิธิตี บัทรพรธนะ โทรศัพท์ 093-329-6998</p>				

	<p>2. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ :นางสาวจิราภรณ์ ยอดเดือน โทร 02-590-7252</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาวรวรวัลย์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>
<p>หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ส่วนกลาง  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292</p> <p>โทรสาร : 02-591-8457</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786</p> <p>E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> </div> </div> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> </li> <li>● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li> </ol> </li> </ul>

ประเด็นที่ 3: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

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

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้าร่วมการอบรมเรื่องการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและการควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ภายในเดือนธันวาคม 2559)
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายทุกแห่ง (ภายในเดือนมีนาคม 2560)
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจประเมินสถานที่ตามหลักเกณฑ์ GMP และขอให้ระบุข้อมูลเพิ่มเติม ในแบบ ตส.3(50) ดังนี้
- 4.1 กรรมวิธีการที่ใช้ในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทเพิ่มเติม อาทิเช่น ระบบการกรองแบบ softener หรือ RO ระบบการฆ่าเชื้อแบบ UV หรือ โอโซน เป็นต้น ในช่องหมายเหตุของหมวดที่ 2 ข้อ 2.2.1 เครื่องหรืออุปกรณ์การปรับคุณภาพน้ำ
- 4.2 แหล่งน้ำดิบ ในช่องหมายเหตุของหมวดที่ 3 ข้อ 3.1 แหล่งน้ำดิบ และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต (ภายในเดือนมิถุนายน 2560) และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ ได้แก่ Coliforms, E. coli, Salmonella spp. และ S. aureus โดยปริมาณตัวอย่างน้ำบริโภคฯ : ปริมาตรสุทธิรวม 6 ลิตร เช่น
- ขนาดบรรจุ 500-900 มล. (12 ขวด)
  - ขนาดบรรจุ 1,000-1,500 มล. (6 ขวด)
  - ขนาดบรรจุ 5-20 ลิตร (1 ถัง)
- ในกรณีที่เกิดผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทที่บรรจุในภาชนะที่ใช้ครั้งเดียว และภาชนะบรรจุที่ใช้ซ้ำให้เก็บตัวอย่างทั้ง 2 แบบ
- ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ **โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า**
- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”
  - **ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”**
5. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้

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

		4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60		
	หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน 2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป				
แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด $= (A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อย.	<ul style="list-style-type: none"> <li>แผนการปรับปรุงสถานที่ผลิตบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท</li> <li>จัดอบรมการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและการควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตในเขตกรุงเทพฯ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ของผลิตภัณฑ์ในเขตกรุงเทพฯ</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สรุปผลการปรับปรุงสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ยืนยันข้อมูลสถานที่ผลิตที่มีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตในเขตพื้นที่</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ของผลิตภัณฑ์ในเขตพื้นที่</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลการปรับปรุงสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
				2557    2558    2559
		-		-    -    -
	หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทร 02-590-7214 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ / นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214			

<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7214</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ส่วนกลาง <ul style="list-style-type: none"> <li>น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</li> <li>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786</li> <li>โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</li> </ul> </li> <li>● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li> </ol> </li> </ul> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>



ประเด็นที่ 4: ผลกระทบจากเนื้อสัตว์

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี						
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี						
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)						
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย						
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย						
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด						
คำนิยาม	<p><b>1.ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์</b> หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 243) พ.ศ.2544 เรื่อง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก แหนม หมูยอกุนเชียง และผลิตภัณฑ์ที่มีกระบวนการผลิตทำนองเดียวกันนี้ที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย</p> <p><b>2.เกณฑ์ที่กำหนด</b> หมายถึง ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารที่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องวัตถุเจือปนอาหาร และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70						
วัตถุประสงค์	เพื่อสำรวจสถานการณ์การใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่เก็บ ณ สถานที่ผลิตที่มีอยู่ในจังหวัด						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งจำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ กลับมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ทุกแห่งในจังหวัด ตามเกณฑ์ GMP</p> <p>3. เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิต <b>ทุกผลิตภัณฑ์</b> ผลิตภัณฑ์ละ 1 ตัวอย่าง ในกรณีที่ผลิตภัณฑ์มีมากกว่า 1 สูตร ให้พิจารณาสูตรที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารมากที่สุดและส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร ดังต่อไปนี้</p> <table border="1" data-bbox="500 1486 1425 1820"> <thead> <tr> <th>ผลิตภัณฑ์</th> <th>รายการตรวจวิเคราะห์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไส้กรอก/ กุนเชียง/ แหนม</td> <td>1. ไนเตรต ไนไตรท์ 2. กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก 3. ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์</td> </tr> <tr> <td>หมูยอ/ ลูกชิ้น</td> <td>กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก (กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย)</td> </tr> </tbody> </table>	ผลิตภัณฑ์	รายการตรวจวิเคราะห์	ไส้กรอก/ กุนเชียง/ แหนม	1. ไนเตรต ไนไตรท์ 2. กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก 3. ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์	หมูยอ/ ลูกชิ้น	กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก (กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย)
ผลิตภัณฑ์	รายการตรวจวิเคราะห์						
ไส้กรอก/ กุนเชียง/ แหนม	1. ไนเตรต ไนไตรท์ 2. กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก 3. ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์						
หมูยอ/ ลูกชิ้น	กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก (กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย)						

ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า

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

ทั้งนี้การพิจารณาชนิดและปริมาณของการใช้วัตถุเจือปนอาหาร รวมถึงมาตรการดำเนินงานกรณีผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบตัวชี้วัด 4. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้

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

หมายเหตุ : 1. \* เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

แหล่งข้อมูล	<u>ส่วนกลาง</u> : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา <u>ส่วนภูมิภาค</u> : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ผลการตรวจวิเคราะห์มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์การใช้วัตถุเจือปนอาหารทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส

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

<p><b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักงานอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7216 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาววรวลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักงานอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>ส่วนกลาง</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรสาร : 02-591-8457</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> </div> </div> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> </li> <li>● <b>ส่วนภูมิภาค</b> : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li> </ol> </li> </ul>

## แนวทางการใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์

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

### วัตถุเจือปนอาหาร :

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

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)					มาตรการทางกฎหมาย
	วัตถุกันเสีย <sup>2,3</sup>				สีสังเคราะห์	
	กลุ่มไนไตรต์ (INS 249, 250)	กลุ่มไนเตรต (INS 251, 252)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210-213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200-203)		
<b>1. ไส้กรอก</b> - ไส้กรอกหมู - ไส้กรอกไก่	125 จำนวนเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 จำนวนเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	1,500 จำนวนเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบสีไม่อนุญาต (สีย้อมผ้า) ถือเป็นการผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่ายอาหารที่ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามมาตรา 6 (4) (5) โทษตามมาตรา 47 (ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท) และผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่ายอาหารไม่บริสุทธิ์ ตามมาตรา 26 (1) ฝ่าฝืนมาตรา 25 (1) โทษตามมาตรา 58 (ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ)
- ไส้กรอกปลา	125 จำนวนเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 จำนวนเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	2,000 จำนวนเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)				มาตรการทางกฎหมาย	
	วัตถุกันเสีย <sup>2,3</sup>					สีสังเคราะห์
	กลุ่มไนไตรต์ (INS 249, 250)	กลุ่มไนเตรต (INS 251, 252)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210-213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200-203)		
<b>2. กุนเชียง</b> - กุนเชียงหมู - กุนเชียงไก่	125 จำนวนเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 จำนวนเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	1,000 จำนวนเป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	1,500 จำนวนเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบวัตถุเจือปนอาหารไม่ เป็นไปตามเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปน อาหาร (ข้อ 6) (เช่น การใช้ตามชนิดหรือชื่อวัตถุ เจือปนอาหาร ชนิดอาหาร และปริมาณสูงสุดที่ให้ ใช้ได้หรือมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่ เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปมีปริมาณ รวมกันเกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่ กำหนดให้ใช้น้อยที่สุด) ถือเป็นการผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่าย อาหารที่ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามมาตรา 6 (4) (5) โทษตามมาตรา 47 (ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสอง หมื่นบาท)
- กุนเชียงปลา	125 จำนวนเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 จำนวนเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	200 จำนวนเป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	1,000 จำนวนเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
<b>3. แหนม</b> - แหนมหมู - แหนมเนื้อ	125 จำนวนเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 จำนวนเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ห้ามใช้ทุกชนิด	
- แหนมปลา	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	200 จำนวนเป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	1,000 จำนวนเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
<b>4. หมูยอ<sup>1</sup></b>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต <sup>4</sup>	ไม่อนุญาต*	ไม่อนุญาต*	ห้ามใช้ทุกชนิด	

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

**หมายเหตุ** 1. กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย

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

- กลุ่มไนเตรต ได้แก่ INS 251 (โซเดียมไนเตรต) และ INS 252 (โพแทสเซียมไนเตรต)

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

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

3. การใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป ต้องมีปริมาณรวมกันแล้วไม่เกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่กำหนดให้ใช้น้อยที่สุด (อ้างอิงประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง ข้อกำหนดการใช้วัตถุเจือปนอาหาร)

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



ประเด็นที่ 5: ผลិតภัณฑ์เสริมอาหาร

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

	<p>2. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="560 282 1358 680"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>					ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน														
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59														
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60														
3	ภายใน 20 มิ.ย.60														
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60														
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ปริมาณสารที่มีฤทธิ์ทางยาทั้งหมด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา = (A/B) x 100														
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส														
เกณฑ์การประเมิน :	<p>หน่วย งาน</p> <p>อย./ สสจ.</p>	<p>รอบ 3 เดือน</p> <p>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p> <p>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (สะสม)</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p> <p>• ข้อมูลสถานการณ์ ฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย • รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p> <p>• ข้อมูลสถานการณ์ ฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย • รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</p>										

	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข													
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด															
เอกสารสนับสนุน :	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ.2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยนับ</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปน สารที่มีฤทธิ์ทางยา</td> <td>ร้อยละ</td> <td>67.31</td> <td>84.21</td> <td>66.70 (25 พ.ค.59)</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปน สารที่มีฤทธิ์ทางยา	ร้อยละ	67.31	84.21	66.70 (25 พ.ค.59)	หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง	
Baseline data	หน่วยนับ			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.												
		2557	2558	2559												
ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปน สารที่มีฤทธิ์ทางยา	ร้อยละ	67.31	84.21	66.70 (25 พ.ค.59)												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7216</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาวรวลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>															
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>โทรศัพท์ 02-590-7214</p>															
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>ส่วนกลาง</b> น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</li> <li><b>ส่วนภูมิภาค</b> : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li> <li>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li> </ol> </li> </ul>															

**มาตรการการดำเนินงานกรณีสถานที่ผลิตหรือผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย**

สถานที่ผลิตอาหาร /สถานที่จำหน่าย	บันทึก/พยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง	เกณฑ์การผ่าน	มาตรการทางกฎหมาย ตามพรบ.อาหาร พ.ศ.2522
1. การตรวจ สถานที่ผลิต (กรณีเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิตและมีการตรวจสถานที่ผลิต)	บันทึกตรวจสถานที่ผลิต แล้วแต่กรณี ได้แก่ - แบบ ตส.1(50) (GMP ทั่วไป) - แบบ ตส.11(55) (GMP ปิดสนิท (ป.สธ. 349)	- ผ่านร้อยละ 60 ทุกหมวด และไม่พบข้อบกพร่องรุนแรง - ผ่านร้อยละ 70 ทุกหมวด และไม่พบข้อบกพร่องรุนแรง	กรณีสถานที่ผลิตไม่เป็นไปตามกฎหมายเป็นการฝ่าฝืนประกาศฯซึ่งออกตามมาตรา 6(7) มีโทษตามมาตรา 49 ปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท
2. การตรวจฉลากอาหาร	บันทึกเก็บตัวอย่าง/ ภาพถ่ายผลิตภัณฑ์ / ผลิตภัณฑ์ตัวอย่าง	พิจารณาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขหรือประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ.2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร, (ฉบับที่ 309) พ.ศ.2550) เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ฉบับที่ 2) และ (ฉบับที่367) พ.ศ.2557 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ เป็นต้น	กรณีฉลากอาหารไม่เป็นไปตามกฎหมายเป็นการฝ่าฝืนประกาศฯซึ่งออกตามมาตรา 6(10) มีโทษตามมาตรา 51 ปรับไม่เกินสามหมื่นบาท
3. การตรวจวิเคราะห์หาสารที่มีฤทธิ์ทางยา	- บันทึกเก็บตัวอย่าง (กรณีสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต) - บันทึกตรวจสถานที่จำหน่าย และใบเสร็จรับเงินค่าตัวอย่าง (กรณีสุ่มตัวอย่างซื้อจากสถานที่จำหน่าย) - บันทึกนำส่งตัวอย่างไปที่ห้องปฏิบัติการ - รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ - เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เช่น สรรพคุณทางยา เป็นต้น	ห้ามพบ	- กรณีตรวจพบสารที่มีฤทธิ์ทางยาเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 25(1) มีโทษตามมาตรา 58 จำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ - ให้ดำเนินการประกาศผลวิเคราะห์ตามมาตรา 30(3) - สั่งงดผลิตตามมาตรา 30(2)

ประเด็นที่ 6: ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน

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

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

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

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

3. รายงานข้อมูล ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงาน ดังนี้

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

หมายเหตุ : 1. \* เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ ในการจัดสรรสิทธิ์

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

3.2 ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

หมายเหตุ :

1. การตรวจสอบสถานที่ผลิตต้องปฏิบัติตาม เงื่อนไขดังนี้

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

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

เอกสารสนับสนุน :	-																																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย นับ</th> <th colspan="6">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th colspan="2">2557</th> <th colspan="2">2558</th> <th colspan="2">2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพ มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td>เทอม 2/2556</td> <td>เทอม 1/255</td> <td>เทอม 2/255</td> <td>เทอม 1/255</td> <td>เทอม 2/255</td> <td>เทอม 1/2559</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>100</td> <td>85.71</td> <td>92.00</td> <td>92.55</td> <td>92.47</td> <td>94.48</td> </tr> </tbody> </table> <p>* ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2559</p>	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.						2557		2558		2559		ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพ มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	เทอม 2/2556	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/2559				7	7	8	8	*			100	85.71	92.00	92.55	92.47	94.48
Baseline data	หน่วย นับ			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																			
		2557		2558		2559																																	
ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพ มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	เทอม 2/2556	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/2559																																
			7	7	8	8	*																																
		100	85.71	92.00	92.55	92.47	94.48																																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักงานอาหาร)</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ โทรศัพท์ 02-590-7206</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ / นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>																																						
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักงานอาหาร)</p> <p>โทรศัพท์ 02-590-7214</p>																																						
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ส่วนกลาง น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</li> <li>● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข 1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li> </ul>																																						



ประเด็นที่ 7: ผลลัพธ์จากแบ่ง

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี								
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี								
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)								
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย								
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย								
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแบ่งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด								
คำนิยาม	<p>1. ผลิตภัณฑ์จากแบ่ง หมายถึง ผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด) และผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย และขนมจีน</p> <p>2. วัตถุเจือปนอาหารสำหรับผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ขนมจีน ได้แก่ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO<sub>2</sub>) วัตถุกันเสีย (กรดเบนโซอิก, กรดซอร์บิก)</p> <p>3. วัตถุเจือปนอาหารสำหรับผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย ได้แก่ ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์</p> <p>4. การใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด หมายถึง มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารทั้งชนิดและปริมาณตามที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70								
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากแบ่ง								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่งที่เก็บ ณ สถานที่ผลิต ที่มีอยู่ในจังหวัด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งจำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแบ่ง กลับมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแบ่งทุกแห่งในจังหวัด โดยผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยวตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์ GMP ทั่วไป และผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย และขนมจีน ตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์ Primary GMP</p> <p>3. เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิต <b>ทุกผลิตภัณฑ์</b> ผลิตภัณฑ์ละ 1 ตัวอย่าง และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณวัตถุเจือปนอาหาร โดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="571 1630 1348 1861"> <thead> <tr> <th>ผลิตภัณฑ์</th> <th>รายการตรวจวิเคราะห์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)</td> <td>- ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO<sub>2</sub>)</td> </tr> <tr> <td>ขนมจีน</td> <td>- กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก</td> </tr> <tr> <td>เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย</td> <td>- ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์</td> </tr> </tbody> </table> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</u></p>	ผลิตภัณฑ์	รายการตรวจวิเคราะห์	เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)	- ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO <sub>2</sub> )	ขนมจีน	- กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก	เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย	- ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์
ผลิตภัณฑ์	รายการตรวจวิเคราะห์								
เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)	- ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO <sub>2</sub> )								
ขนมจีน	- กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก								
เส้นบะหมี่/แผ่นก๊วย	- ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์								

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”</li> <li>• <b>ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</b></li> </ul> <p>ทั้งนี้การพิจารณาชนิดและปริมาณของการใช้วัตถุเจือปนอาหาร รวมถึงมาตรการการดำเนินงานกรณีผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบตัวชี้วัด 7</p> <p>4. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="580 562 1378 958"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มิ.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์จากแบ่งที่ได้รับการตรวจสอบการใช้วัตถุเจือปนอาหารเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์จากแบ่งที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์การใช้วัตถุเจือปนอาหารทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแบ่งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1" data-bbox="435 1585 1484 2024"> <thead> <tr> <th>หน่วยงาน</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อย./สสจ.</td> <td>• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่</td> <td>• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่</td> <td>• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่</td> <td>• ข้อมูลสถานการณ์ฝ้าระวังผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อย./สสจ.	• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่	• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่	• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่	• ข้อมูลสถานการณ์ฝ้าระวังผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
อย./สสจ.	• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่	• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่	• ตรวจสอบที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่	• ข้อมูลสถานการณ์ฝ้าระวังผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต							

	ผลิต เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม) • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	ผลิต เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม) • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	ผลิต เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม) • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแป้งมีความปลอดภัยการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	43.55	31.15	59.18
	หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7216 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพพรเพชร / นางสาววรวิทย์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214				

<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>ส่วนกลาง</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <p>น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292</p> <p>โทรสาร : 02-591-8457</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786</p> <p>E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> </div> </div> <p><b>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</b></p> </li> <li>● <b>ส่วนภูมิภาค</b> : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li> </ol> </li> </ul>
--	--

## แนวทางการใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากแป้ง

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

**วัตถุเจือปนอาหาร :**

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

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

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

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

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

2. การใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป ต้องมีปริมาณรวมกันแล้วไม่เกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่กำหนดให้ใช้น้อยที่สุด (อ้างอิงประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง ข้อกำหนดการใช้วัตถุเจือปนอาหาร)

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

## ประเด็นที่ 8: น้ำมันทอดอาหาร

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัดที่มีการใช้น้ำมันในกระบวนการทอด เช่น ข้าวเกรียบ แคบหมูทอด กะหรี่ปั๊บ เป็นต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังการใช้น้ำมันสำหรับทอดในสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่ายให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. น้ำมันขณะทอดผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัดที่ทุกแห่ง ณ สถานที่ผลิตอาหารทั่วประเทศ 2. น้ำมันขณะทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายทั่วประเทศ (200 ตัวอย่าง/เขตบริการสุขภาพ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p><u>1. การติดตามเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิต ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</u></p> <p>1.1 คัดเลือกสถานที่ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมายทุกแห่งในพื้นที่ โดยพิจารณาจากกลุ่มผลิตภัณฑ์ที่เป็นผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัดที่มีการใช้น้ำมันในกระบวนการทอด และส่งจำนวนสถานที่ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมายมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th</p> <p>1.2 ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมาย ตามเกณฑ์ GMP/ Primary GMP แล้วแต่กรณี</p> <p>1.3 บันทึกข้อมูลการใช้น้ำมันที่ใช้ทอด ตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัด (สถานที่ผลิต) และเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ได้แก่ วัตถุประสงค์น้ำมัน และ น้ำมันขณะทอด ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”</li> <li>• ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</li> </ul> <p>1.4 รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p>



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

หมายเหตุ : 1. \* เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

2. การติดตามเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่าย ดำเนินการโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และ รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Dashboard โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนี้

2.1 หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตรวจสอบเฝ้าระวัง น้ำมันทอดอาหาร ได้แก่ วัตถุดิบน้ำมัน และ น้ำมันขณะทอด ณ แหล่งจำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น

2.2 หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค บันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานที่เก็บน้ำมัน ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหาร การกำจัดน้ำมันตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัด (สถานที่จำหน่าย) และรายงานผลการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th

2.3 หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รายงานผลการเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดย

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

2) รายงานผลงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเขตพื้นที่เพื่อทราบสถานการณ์

2.4 กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นพบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา

2.5 สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารดังกล่าวตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์

	<p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรตระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”</li> <li>• ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</li> </ul> <p>2.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="580 618 1378 1016"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>					ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน														
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59														
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60														
3	ภายใน 20 มิ.ย.60														
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60														
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตบริการสุขภาพ โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</p>														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตัวอย่างน้ำมันชนิดทอดที่เก็บจากสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย และได้รับการตรวจวิเคราะห์ค่าโพลาร์ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวอย่างน้ำมันชนิดทอดที่เก็บจากสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย ที่ที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ค่าโพลาร์ทั้งหมด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส														
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
	อย./ สสจ.	• จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่มีการใช้น้ำมันใน	• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บ	• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บ	• รายงานผลการเฝ้าระวังน้ำมัน ณ สถานที่ผลิต										

	<p>กระบวนการทอ กลุ่มเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่ผลิต เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานที่กลุ่มเป้าหมาย (สะสม)</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<p>ตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่ผลิต เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของสถานที่กลุ่มเป้าหมาย (สะสม)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<p>ตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่ผลิต เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของสถานที่กลุ่มเป้าหมาย (สะสม)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน</li> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>	<p>และสถานที่จำหน่ายกลุ่มเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
<p>เขตบริการสุขภาพ (หน่วยเคลื่อนที่ ๓)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดทำแผนเก็บตัวอย่าง</li> <li>• ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รวบรวมผลการดำเนินงานและรายงานหน่วยที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>

	2) ตรวจสอบ น้ำมันที่ใช้ทอด อาหาร ณ สถานที่ จำหน่ายและบันทึก ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	2) ตรวจสอบ น้ำมันที่ใช้ทอด อาหาร ณ สถานที่ จำหน่ายและ บันทึกข้อมูลที่ เกี่ยวข้อง •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	2) ตรวจสอบ น้ำมันที่ใช้ทอด อาหาร ณ สถานที่ จำหน่ายและ บันทึกข้อมูลที่ เกี่ยวข้อง •แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
			2559	
	ร้อยละของน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่าย มีปริมาณสาร โพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	89.14%	84.60 %
				76.82% (ข้อมูล ณ 25 มิ.ย.59)
	หมายเหตุ: ข้อมูลจากการตรวจโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ข้อมูลวิชาการ และ งานตัวชี้วัด กลุ่มพัฒนาระบบ สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทร 02-590-7214			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหาร ปลอดภัย) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ 081-857-9535 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางนิธิวดี บัตรพรธนะ โทรศัพท์ 093-329-6998 2. ชื่อหน่วยงาน สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นายวันชัย ศรีทองคำ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพพรเพชร / นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	● ส่วนกลาง น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>ส่วนภูมิภาค</b> : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข<ol style="list-style-type: none"><li>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</li><li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li></ol></li></ul> |
|--|---|

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 28 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

แนวทางการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

.....  
แนวทางการพัฒนาตาม บันได 4 ชั้น

		ผ่านระดับดีเยี่ยม (ต้นแบบ) หมายถึง	
		ผ่านระดับดีมาก หมายถึง	4. เกิดนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลลดโลกร้อน
ผ่านระดับดี หมายถึง		3. สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ภาคีเครือข่ายในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อนได้	3. สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ภาคีเครือข่ายในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อนได้
ผ่านระดับพื้นฐาน หมายถึง		2. มีการนำเข้าข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าซเรือนกระจก	2. มีการนำเข้าข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 2 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าซเรือนกระจก
1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ในระดับพื้นฐาน	1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ทั้งในระดับพื้นฐานและระดับดี	1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN <b>ทุกข้อ</b>	1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN <b>ทุกข้อ</b>

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<b>การพัฒนากิจกรรม GREEN</b>			
G: GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)	<p><b>1. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</b></p> <p>มีการปฏิบัติได้ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 7 เรื่อง ดังนี้</p> <p>(1) ด้านบุคลากร</p> <p>(2) การคัดแยกมูลฝอย</p> <p>(3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(5) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(6) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p>	<p><b>4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ</b></p> <p>สามารถลดปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ</p>	<p><b>7. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</b></p> <p>มีกระบวนการดังนี้</p> <p>มีนวัตกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อหรือเป็นต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</p>
	<p><b>2. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป</b> ด้วยกระบวนการดังนี้</p> <p>2.1 มีการลดการเกิดมูลฝอยตั้งแต่แหล่งกำเนิด โดยใช้หลัก 3R</p>	<p><b>5. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป</b></p> <p>มีการจัดการมูลฝอยทั่วไปที่มีประสิทธิภาพโดยสามารถลดปริมาณการเกิดมูลฝอยทั่วไป</p>	<p><b>8. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป</b></p> <p>มีการใช้ประโยชน์จากมูลฝอยทั่วไป</p>

	<p>2.2 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป และมีภาชนะ รองรับมูลฝอยทั่วไปแยกตามประเภท คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยย่อยสลายได้ (มูลฝอยอินทรีย์) มูลฝอยอื่นๆ</p> <p>2.3 มีการเก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ และ/หรือมีสถานที่พักรวมที่ถูกต้อง</p> <p>2.4 มีการกำจัดมูลฝอยทั่วไปโดยส่งไปกำจัดกับหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามข้อกำหนดของท้องถิ่น</p>		
	<p><b>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</b></p> <p>มีการคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายออกจากมูลฝอยชนิดอื่น</p> <p>มีการเก็บรวบรวม/เคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลไปยังที่พักรวมมูลฝอย เพื่อรอการนำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดยหน่วยงานที่กำจัดต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม</p>	<p><b>6. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</b></p> <p>มีการแยกเก็บรวบรวมตามประเภท เช่น ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา/ภาชนะบรรจุสารเคมี/ซากแบตเตอรี่และถ่านไฟฉาย/ซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์/หลอดไฟ เป็นต้น</p>	<p><b>9. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</b></p> <p>นำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดยหน่วยงานที่กำจัดต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม</p>



RESTROOM (ห้อง ส้วม)	1. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการ สาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานสิ่งแวดล้อม ไทย (HAS) <u>ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)</u>	2. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้ มาตรฐานสิ่งแวดล้อมไทย (HAS) <u>ที่อาคารผู้ป่วย นอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน</u>	3.1 ผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมไทย (HAS) ทุก จุด 3.2 มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลัก สุขาภิบาล 3.3 ลดการใช้สารเคมีในห้องส้วม
ENERGY (การจัดการ ด้านพลังงาน)	1. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น รูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่ กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	2. มีการใช้ประโยชน์จากปัจจัยธรรมชาติให้เกิดการ ประหยัดพลังงาน/หรือมีการใช้พลังงานทดแทน การ ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อลดความร้อนเข้าสู่อาคาร การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณรอบอาคารให้ร่มรื่น เย็นสบาย	3. มีการรายงานผลการประหยัดพลังงานจากทุก ส่วนภายในองค์กร และภาพรวม โดยต้องสามารถ ชี้ให้เห็นประสิทธิผล เช่น ลดอัตราค่าไฟฟ้า หรือ ลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นต้น หรือผลความสำเร็จของ การประหยัดพลังงานได้อย่างชัดเจน ตรวจสอบได้
ENVIRONMENTAL (การจัดการ สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล)	1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไป มีการดูแล ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและ ภายนอก เช่น การดำเนินงานกิจกรรม 5 ส. การจัดการน้ำเสีย การปรับปรุงภูมิ ทัศน์ การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น	2. มีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการทำงาน โดยการ พัฒนาสถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place)	3. มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพ โดยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม ที่สามารถ ส่งเสริมการมีสุขภาพดีให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การจัดให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย การจัดให้มี อุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือ พื้นที่สำหรับการ พักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น
NUTRITION (การจัดการ สุขภาพอาหารและ น้ำ)	1. มีการจัดการด้านสุขภาพอาหารและ น้ำ 1.1 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพ อาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับพื้นฐาน</u>	2.มีการรณรงค์ด้านอาหารปลอดภัย การใช้ผัก พื้นบ้านอาหารพื้นเมือง 2.1 การจัดการโภชนาการสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาล 2.2 การรณรงค์เลิกใช้โฟมในโรงพยาบาล 2.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับดี</u>	3 โรงพยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ชุมชนใน เรื่องอาหารปลอดภัย 3.1 ส่งเสริมการปลูกผักปลอดภัยใน โรงพยาบาล 3.2 ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายผักปลอดภัยจาก ในชุมชน เช่น ชมรมผักปลอดภัย ตลาดนัดสีเขียว เป็นต้น

	<p>1.2 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>1.3 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง</p> <p>1.4 มีระบบการรายงานผลตามสายบังคับบัญชา และการจัดทำเอกสารผลการตรวจเป็นปัจจุบัน</p>	<p>2.4 ร้อยละ 90 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>2.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และมีผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี</p>	<p>3.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับดีมาก</p> <p>3.4 ร้านอาหารทั้งหมดในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>3.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD, น้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย และร้านอาหารในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค กรมอนามัย</p>
Carbon Footprint ของโรงพยาบาล	-	<p>บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 1 ปีงบประมาณ</p> <p><a href="http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/">http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/</a> การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการลดก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 2 ปีงบประมาณ</p> <p><a href="http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/">http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/</a> การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการลดก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>

กลยุทธ์ CLEAN	การพัฒนากระบวนการ CLEAN
C: Communication	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีทีมงานสื่อสารองค์กรเพื่อการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN</li> <li>2. มีกระบวนการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูล ให้กับบุคลากรในองค์กรเกี่ยวกับการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN</li> <li>3. จัดเวทีแลกเปลี่ยน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับเพื่อขับเคลื่อนงานพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN</li> <li>4. มีการสื่อสารสาธารณะด้วยการสร้างกระแสและผลักดันกิจกรรม GREEN ไปยังหน่วยงานอื่นให้มีความรู้ความเข้าใจ</li> <li>5. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจต่อประชาชน และชุมชนในการพัฒนากิจกรรม GREEN เพื่อให้เกิดความตระหนักและส่งต่อข้อมูลในชุมชน</li> </ol>
L: Leader	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจนในการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN</li> <li>2. ผู้บริหารมีการกำหนดวิสัยทัศน์หรือทิศทางในการพัฒนาโรงพยาบาล ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN และมีเป้าหมายที่ชัดเจน</li> <li>3. มีการกำหนดแผนปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบงาน และกรอบเวลาการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN ระยะยาว (3 – 5 ปี)</li> <li>4. หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนากิจกรรม GREEN</li> </ol>
E: Effectiveness	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการพัฒนาตามเกณฑ์ GREEN</li> <li>2. บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุดกิจกรรมหรือกระบวนการพัฒนา</li> <li>3. มีรายงานข้อมูลการประเมินความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ. เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN</li> <li>4. มีกระบวนการประเมินติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และมีรายงานผลความก้าวหน้าระยะสั้น (Small success)</li> <li>5. มีกระบวนการส่งเสริมเพื่อพัฒนา รพ. เป็นต้นแบบ โดยเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับประชาชนและหน่วยงานภาคีในการดำเนินกิจกรรม GREEN</li> </ol>
A: Activities	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการสร้างทีมขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน</li> <li>2. มีการดำเนินกิจกรรม G-R-E-E-N ที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดกิจกรรม/กลวิธีหรือกระบวนการการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกภาคส่วนในโรงพยาบาล</li> <li>3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้บริหาร และบุคลากรเพื่อทบทวน จัดการปัญหาอุปสรรค</li> <li>4. สร้างกระบวนการเสริมสร้างคุณค่าให้กำลังใจ ต่อบุคลากรในการพัฒนา และสร้างความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม GREEN</li> <li>5. มีกระบวนการสร้างนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลที่เสริมสร้างประโยชน์ต่อการทำงาน และลด ปัญหาโลกร้อน</li> </ol>

กลยุทธ์ CLEAN	การพัฒนากระบวนการ CLEAN
N: Networking	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีเครือข่ายที่มีความหลากหลายของคนในองค์กร เพื่อติดตามความ ก้าวหน้า ตรวจสอบ และประเมินตัวเองต่อการดำเนินกิจกรรม GREEN</li> <li>2. มีแผนงานเกี่ยวกับการขยายผลความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม GREEN ไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่</li> <li>3. มีการสร้างเครือข่ายทั้งภาคประชาชน เอกชน และราชการส่วนท้องถิ่นในการพัฒนากิจกรรม GREEN ในทุกภาคส่วนและเกิดการแลกเปลี่ยนทรัพยากรในการ</li> <li>4. มีกระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ร่วมกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม</li> <li>5. มีกระบวนการส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรม GREEN ในชุมชน ที่เกิดจากการส่งเสริม และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนางานจากโรงพยาบาล</li> </ol>

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 29 จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<b>1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</b>		
<p>1.1 มีฐานข้อมูลทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ รวมทั้งมีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 2 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูล ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS และมีการวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 3 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูล ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายสำคัญและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS และมีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น โดยเน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการ ในพื้นที่</p>
<p><i>หมายเหตุ</i> ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) หากไม่มีพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัด ใช้ประเด็นเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ ดำเนินการแทน</p>		

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<b>2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยผ่านคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.)</b>		
1. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน 2. มีแผนการจัดประชุม 3. มีการจัดประชุม 4. ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อม/ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ/ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ/ประเด็นกฎหมาย อย่างน้อย 2 เรื่อง 5. มีมติและติดตามมติจากที่ประชุมอย่างน้อย 2 เรื่อง 6. มีสรุปรายงานการประชุม	1. ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 5 เรื่อง 2. มีมติและติดตามมติจากที่ประชุมอย่างน้อย 3 เรื่อง 3. กำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนในรูปแบบต่างๆ เช่น ตั้งคณะทำงาน เป็นต้น 4. สรุปผลจากการประชุม	1. ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 5 เรื่อง 2. มีมติและติดตามมติจากที่ประชุมอย่างน้อย 5 เรื่อง 3. จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน
<b>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลรพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย</b>		
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย ร้อยละ 100	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย - รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 100 - รพ.สต. ร้อยละ 10	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย - รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 100 - รพ.สต. ร้อยละ 30
<b>4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</b>		
1. มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัย 2. มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของ	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน(ข้อ1-3) 4. มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor) 5. ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กร	ผ่านเกณฑ์ระดับดี(ข้อ1-5) 6. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับเกียรติบัตร อย่างน้อย 1 แห่ง และเป็นต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
หน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพ และมีการถ่ายทอด สื่อสารนโยบายให้หน่วยงาน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	ปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัย กำหนด)	หมายเหตุ : อบท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา
3. มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ : อบท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา	
<b>5.มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อมชุมชน</b>		
1. มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการ จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน ชุมชนระยะยาว	ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการ จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด) และเกิด	ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการ จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด) และเกิด
2. ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพใน การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อย ละ 100 (เป้าหมายตาม 1000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด)	นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่	นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคี เครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ชุมชน
<b>6. มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</b>		
มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุน ให้หน่วยบริการสุขภาพ (รพศ./ รพท., รพช., รพ.สต.) จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์กรมควบคุม โรค	มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการ สุขภาพ (รพศ./รพท., รพช., รพ. สต.) จัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ กรมควบคุมโรค โดยได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป	มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการ สุขภาพ (รพศ./รพท., รพช., รพ. สต.) จัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ กรมควบคุมโรค โดยได้คะแนน 100 คะแนน

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 31 ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ

เอกสารแนบท้าย

1.ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

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

2.แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหมายหรือไม่อย่างไร, 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	<b>ทีมสุขภาพ (Health Team)</b> หมายถึง ทีมภายในหน่วยงาน เดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ. สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่าง หน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวนอน และ/ หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาค ส่วนต่างๆ)
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการของประชาชน และผู้รับบริการเป็น แบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการ ของ ประชาชนและ ผู้รับบริการที่ หลากหลายอย่างน้อย ในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของ ประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ และ นำมาแก้ไข ปรับปรุง ระบบงาน	มีการเรียนรู้และพัฒนา ช่องทางการรับรู้ ความ ต้องการของประชาชน แต่ละกลุ่ม ให้ สอดคล้อง และมี ประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการ ถูกนำมา บูรณาการกับ ระบบงานต่างๆ จนทำ ให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมี ส่วนร่วมกับเครือข่าย บริการ ปฐมภูมิ	<b>ความต้องการของประชาชนและ ผู้รับบริการ(Health Need )</b> หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือ ประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและ ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดย หมายรวมทั้งในส่วน of felt need (เช่น การรักษาฟันฟู)และ unfelt need (เช่น บริการ ส่งเสริมป้องกัน)

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายมีส่วนร่วม</u> ในการดำเนินงานด้าน <u>สุขภาพ</u>	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย <u>ร่วม</u> <u>รับรู้ ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพ ในงานที่ <u>หลากหลายและขยาย</u> <u>วงกว้างเพิ่มขึ้น</u>	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี <u>ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้าง <u>ครอบคลุม</u>	ชุมชน และภาคี <u>เครือข่ายร่วมคิด ร่วม</u> <u>วางแผน ร่วม</u> ดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวน <u>เรียนรู้ ปรับปรุง</u> <u>กระบวนการมีส่วนร่วม</u> ให้เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน และภาคี <u>เครือข่ายร่วม</u> <u>ดำเนินการอย่างครบ</u> <u>วงจร รวมทั้งการ</u> <u>ประเมินผล จนร่วม</u> <u>เป็นเจ้าของการ</u> ดำเนินงานเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ <u>ชัดเจน หรือเริ่ม</u> <u>ดำเนินการในการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้างความ</u> <u>พึงพอใจของบุคลากร</u>	มีการขยายการ ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการในการดูแล <u>พัฒนา และสร้างความ</u> <u>พึงพอใจของบุคลากร</u> <u>เพิ่มขึ้นในแต่ละ</u> <u>หน่วยงาน หรือในแต่ละ</u> <u>ระดับ</u>	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนาและ <u>สร้างความพึงพอใจ และ</u> <u>ความผูกพัน</u> (engagement) ของ <u>บุคลากรให้สอดคล้องกับ</u> <u>ภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็น</u> <u>ระบบ</u>	เครือข่ายสุขภาพมีการ <u>เรียนรู้ ทบทวน</u> <u>กระบวนการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้างความ</u> <u>ผูกพันของบุคลากรให้</u> <u>สอดคล้องกับบริบท</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้บุคลากรมี</u> <u>ความสุข ภูมิใจ รับรู้</u> <u>คุณค่าและเกิดความ</u> <u>ผูกพันในงานของ</u> <u>เครือข่ายบริการปฐม</u> <u>ภูมิ</u>	<b>ความผูกพัน (engagement)</b> หมายถึง การที่บุคลากรมีความ <u>กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานใน</u> <u>หน้าที่ และในงานที่ได้รับ</u> <u>มอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้</u> <u>บรรลุพันธกิจขององค์กร</u>

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
<b>Resources Sharing and Human Development</b>	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	มีการ <u>ทบทวนและปรับปรุงการจัดการ</u> ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกันโดย <u>ยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มี กำแพงกัน)</u> และมีการ <u>ใช้ทรัพยากรจาก</u> ชุมชน ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน	<b>Resource</b> หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้า (input) ของการทำงาน
<b>Essential Care</b>	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 ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี	<b>Essential Care</b> หมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับ ประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และเป็นไปตาม ศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐม ภูมิ

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 35 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง < 130 ครั้งต่อแสนประชากร

ประเภทสาเหตุ	Reduce Premature Mortality				
ลักษณะ	Chronic Diseases				
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
คำนิยาม	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (ICD J440, 441) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ โดยให้รหัส ICD-10 J440-J441 เป็นโรคหลัก (PDx ) ในเวชระเบียน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J440-J441)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลง ทุก 3 เดือน				

การคิดจำนวนครั้งของการกำเริบให้คิดทุกครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจนอนหรือไม่นอนโรงพยาบาลก็ได้

ถ้านอนโรงพยาบาลร่วมด้วยหลังจากเข้าห้องฉุกเฉินให้นับแค่ครั้งเดียว

ถ้ามีการส่งต่อในเขตจังหวัดเดียวกัน ให้นับที่โรงพยาบาล ปลายทาง

ถ้ามีการส่งต่อข้ามจังหวัด ให้นับที่เขตจังหวัดที่ส่ง

นำจำนวนครั้งที่เกิดการกำเริบข้างต้น ทั้งปี มาเปรียบเทียบกับประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัด

นั้นๆ เช่นประชากรกลางปีมี 1 ล้านคน การกำเริบ ทั้งปี 1000 ครั้ง คำตอบคือ 100 ครั้งต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดที่ 2 : อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 %

ประเภทสาเหตุ	Reduce Premature Mortality				
ลักษณะ	Chronic Diseases				
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน				
คำนิยาม	อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา</li> <li>- มีการติดตามการรักษาเช่น MMRC, CAT score</li> <li>- มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)</li> <li>- ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ</li> </ul>				
เกณฑ์เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการรักษาโรคเรื้อรัง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า ๑๕ปี ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แห่งของสถานพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แห่งของสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการประเมินและติดตามครบ ๔ ประเด็น				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดในโรงพยาบาล				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ๑ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลง ทุก๓เดือน				

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับ Fต้องประกอบด้วย

	ข้อมูลพื้นฐานในครั้งแรก	ข้อมูลที่ต้องมีปีละครั้ง
การประเมินสมรรถภาพปอด	+	
การประเมินการสูบบุหรี่	+	+
การติดตาม MMRC	+	+
การติดตาม CAT	+	+
การติดตามการใช้ยาพ่นควบคุม	+	+
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่		+

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ M ต้องประกอบด้วย

	ข้อมูลพื้นฐานในครั้งแรก	ข้อมูลที่ต้องมีปีละครั้ง
การประเมินสมรรถภาพปอด	+	+
การประเมินการสูบบุหรี่	+	+
การติดตาม MMRC	+	+
การติดตาม CAT	+	+
การติดตาม 6 minute walk	+	+
การติดตามการใช้ยาพ่นควบคุม	+	+
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่		+

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ A/S ต้องประกอบด้วย

	ข้อมูลพื้นฐานในครั้งแรก	ข้อมูลที่ต้องมีปีละครั้ง
การประเมินสมรรถภาพปอด	+	+
การประเมินการสูบบุหรี่	+	+
การติดตาม MMRC	+	+
การติดตาม CAT	+	+
การติดตาม 6 minute walk	+	+
การเฝ้าภาพเอกซเรย์ยืนยันไม่ใช่ภาวะโรคอื่น	+	+
การติดตามการใช้ยาพ่นควบคุม	+	+
Pulmonary rehabilitation เมื่อมี MMRC $\geq$ 2 หรือ มี exacerbation		+
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่		+

โรงพยาบาลระดับ F / M / A / S ต้องมีข้อมูลครบตามตารางของ Hospital level ดังตารางข้างบน จะนับเป็น 1 case นับจำนวน case ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินตามตาราง ทารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมา จาก ข้อมูล ICD 10 : J 44 (จำนวนคน) แล้วคูณด้วย 100 เป็นคำตอบ เช่น โรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 400 คน ผ่านการประเมินตามมาตรฐานข้างต้น 100 คน อัตราการมีคลินิกครบวงจรและได้มาตรฐาน =  $100/400 \times 100 = 25 \%$

แนะนำให้ลงข้อมูลผ่าน <http://203.157.32.43/COPD> ระบบดำเนินการคำนวณให้

ตัวชี้วัดที่ 3: อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ < 10%

กลุ่มตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดรายโรค (Disease : D)
หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease
ประเภทตัวชี้วัด	COPD
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ (COPD patient with ongoing smoking)
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่อยู่ หรือ เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่ถึง 12 เดือน
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการรักษาโรคเรื้อรัง
ข้อมูลที่ต้องการ	A = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่และผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่ถึง 12 เดือน
	B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด
รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่และผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่ถึง 12 เดือน
	ตัวหาร = J 440 – J 449
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวอย่างเช่น (A/B) × 100
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
เกณฑ์ค่า Alert ให้ตรวจสอบข้อมูล	สูงกว่าร้อยละ 10

หาจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่หารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมาจาก ข้อมูล ICD 10 : J 44 (ขอข้อมูลจำนวนคน แล้วคูณด้วย 100 เป็นคำตอบ) เช่นโรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 400 คน ยังสูบบุหรี่จำนวน 20 คน อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ =  $20/400 \times 100 = 5\%$

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 36 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล

ตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 256

1. ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล จำนวน 18 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล 18 ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย
1.	ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ 75 S ≥ ร้อยละ 80 M1-M2 ≥ ร้อยละ 85 F1-F3 ≥ ร้อยละ 90
2.	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล	ระดับ 3
3.	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา 13 กลุ่ม
4.	รายการยาที่ยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ซึ่งควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ	≤ 1 รายการ
5.	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3
6.	ร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20
7.	ร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20
8.	ร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40
9.	ร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 10
10.	ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิด ร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0
11.	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ ร้อยละ 5
12.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้า metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	≥ ร้อยละ 80
13.	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5
14.	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ ร้อยละ 10
15.	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ 80
16.	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ 5
17.	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0
18.	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ ร้อยละ 20



2. ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
19.	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	100 %
20.	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	100 %

\* รายละเอียดตัวชี้วัดจะจัดส่งให้ภายหลัง

3. ตัวชี้วัด Antimicrobial Resistance ; AMR จำนวน 1 ตัวชี้วัด (สำหรับ รพศ./รพท.)

ตัวชี้วัด	AMR		
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ		
ข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยา 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter spp.</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> <u>หมายเหตุ</u> 1. ไม่รวมผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียชนิดเดียวกันเป็นครั้งที่สองในรอบปีเดียวกัน 2. กรณีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิดให้นับเป็นข้อมูลเพิ่มตามจำนวนชนิดเชื้อที่ต่างกัน		
ข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$		
เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561 - 2563	ปี 2564
เป้าหมาย	- มีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยา (AMR) ในโรงพยาบาล ครอบคลุม ทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ และการดูแล กำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล - มีข้อมูล (Baseline Data) ของ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลงจาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จาก Baseline Data

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 59 ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

สรุปคะแนน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนน เต็ม	น้ำหนัก	หมายเหตุ
1	หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์	18		
2	หมวด ก การเงินและบัญชี	10		
3	หมวด ข การจัดสรรบุคลากร			ประเมินกับหมวด 3
4	หมวด ค การบริหารจัดการโครงสร้าง	50		
5	หมวด ง การจัดการบริการสนับสนุน			
6	หมวด ง-1 IC	20		
7	หมวด ง-2 LAB	100		
8	หมวด ง-3 เกสัชกรรม/ คบส.	50		
9	หมวด ง-4 IT	100		
10	หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	10		
11	หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	6		
12	หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	(10)		
13	4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP)	1		
14	4.2.1 OPD + 4.2.5 NCD	2		
15	4.2.2 ER	1		
16	4.2.3 ANC	1		
17	4.2.4 WCC	1		
18	4.2.6 แผนไทย	1		
19	4.2.7 ทันตกรรม	1		
20	4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care	1		
21	4.3.2 SRRT	1		
22	หมวด 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)	22		
23	หมวด 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)			
24	หมวด 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	5		
รวมคะแนน			100	

# รพ.สต.ติดตาม 4 ดี

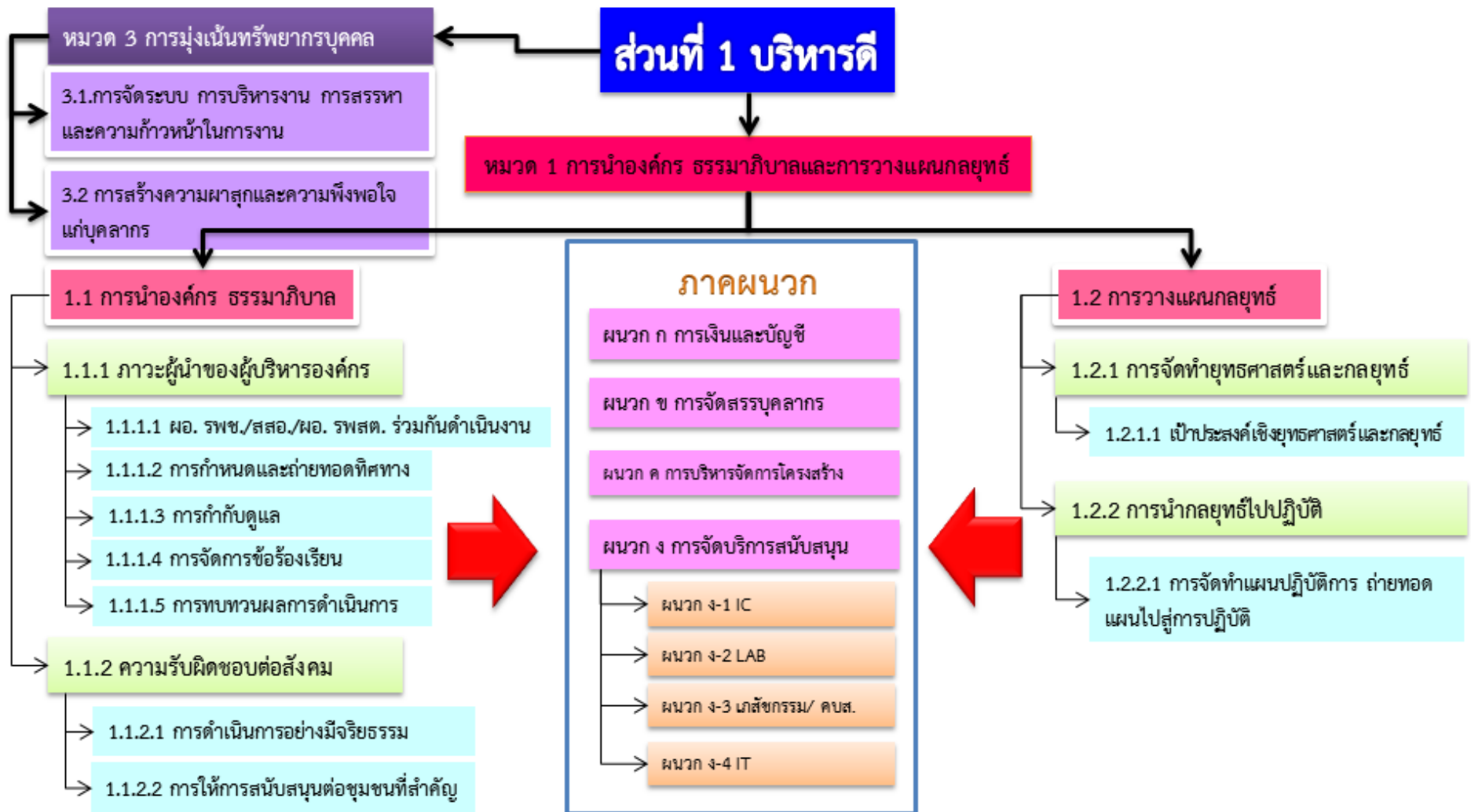
ส่วนที่ 1 บริหารดี

ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาคมีส่วนร่วม

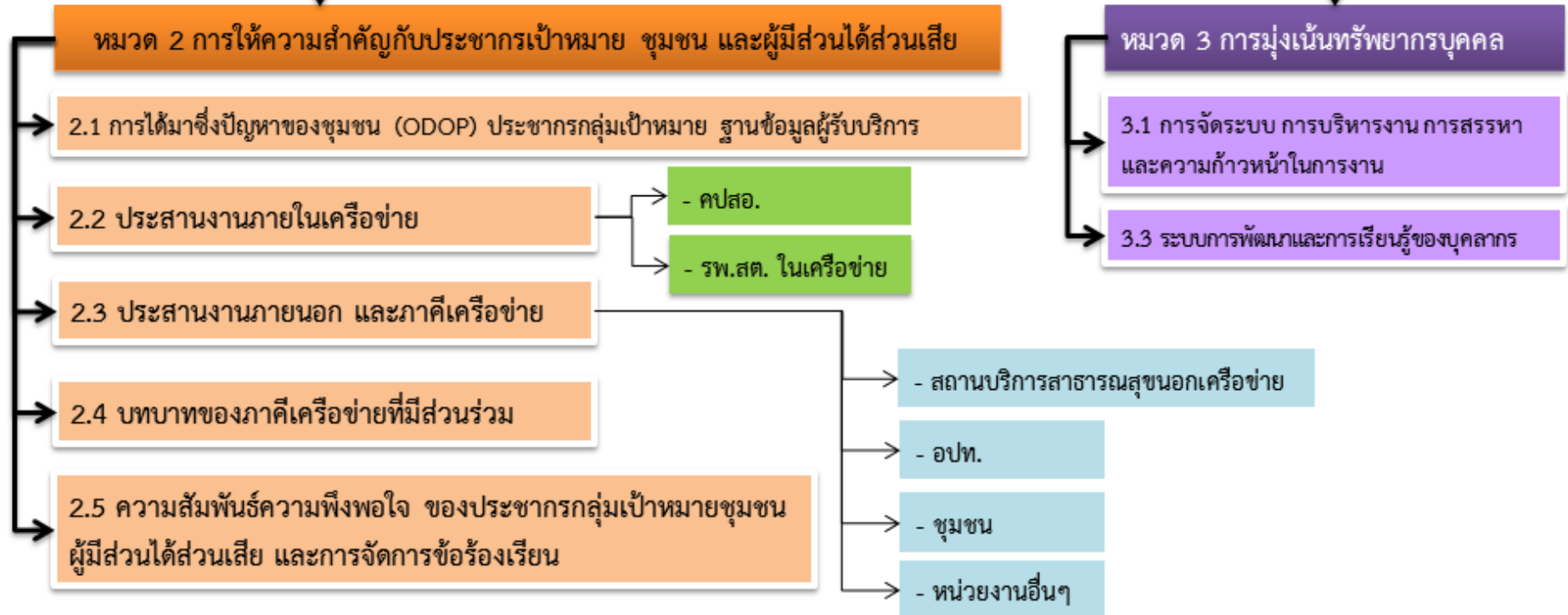
ส่วนที่ 3 บริการดี

ส่วนที่ 4 ประชาชนมีสุขภาพดี

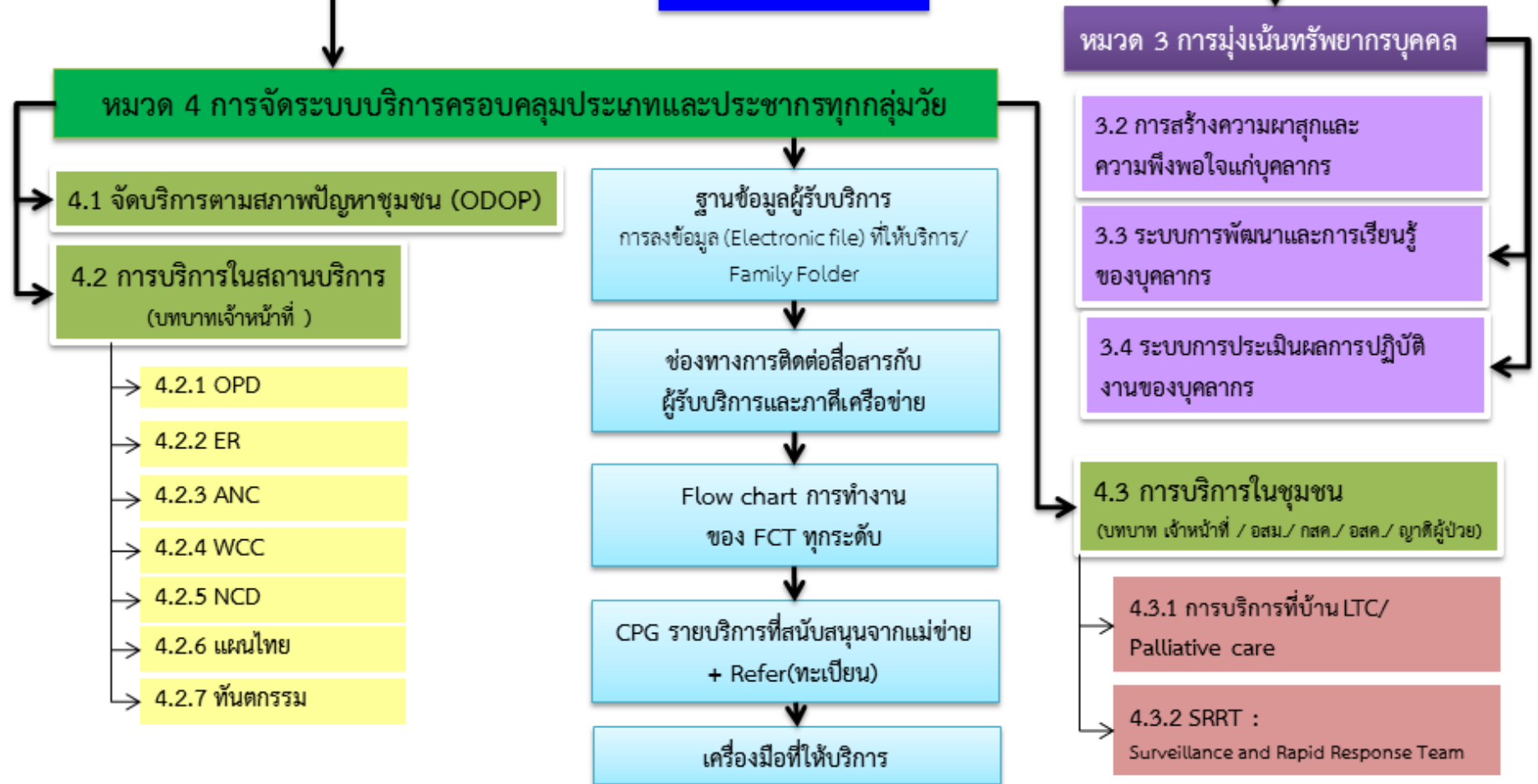
<p><b>หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์</b></p> <p>1.1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล 1.2 การวางแผนกลยุทธ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* การเงินและบัญชี</li> <li>* การจัดสรรบุคลากร</li> <li>* การบริหารจัดการโครงสร้าง</li> <li>* การจัดบริการสนับสนุน</li> </ul>	<b>30 %</b>
<p><b>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</b></p> <p>2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ 2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย 2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย 2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม 2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของประชากรกลุ่มเป้าหมายชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน</p>		<b>10 %</b>
<p><b>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</b></p> <p>3.1 การจัดระบบ การบริหารงาน การสรรหาและความก้าวหน้าในงาน 3.2 การสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร 3.3 ระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร 3.4 ระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร 3.5 ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care)</p>		<b>10 %</b>
<p><b>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</b></p> <p>4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน ODOP 4.2 การบริการในสถานบริการ 4.3 การบริการในชุมชน</p>		<b>30 %</b>
<p><b>หมวด 5 ผลลัพธ์</b></p> <p>5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care) 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI) 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้</p>		<b>20 %</b>



## ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

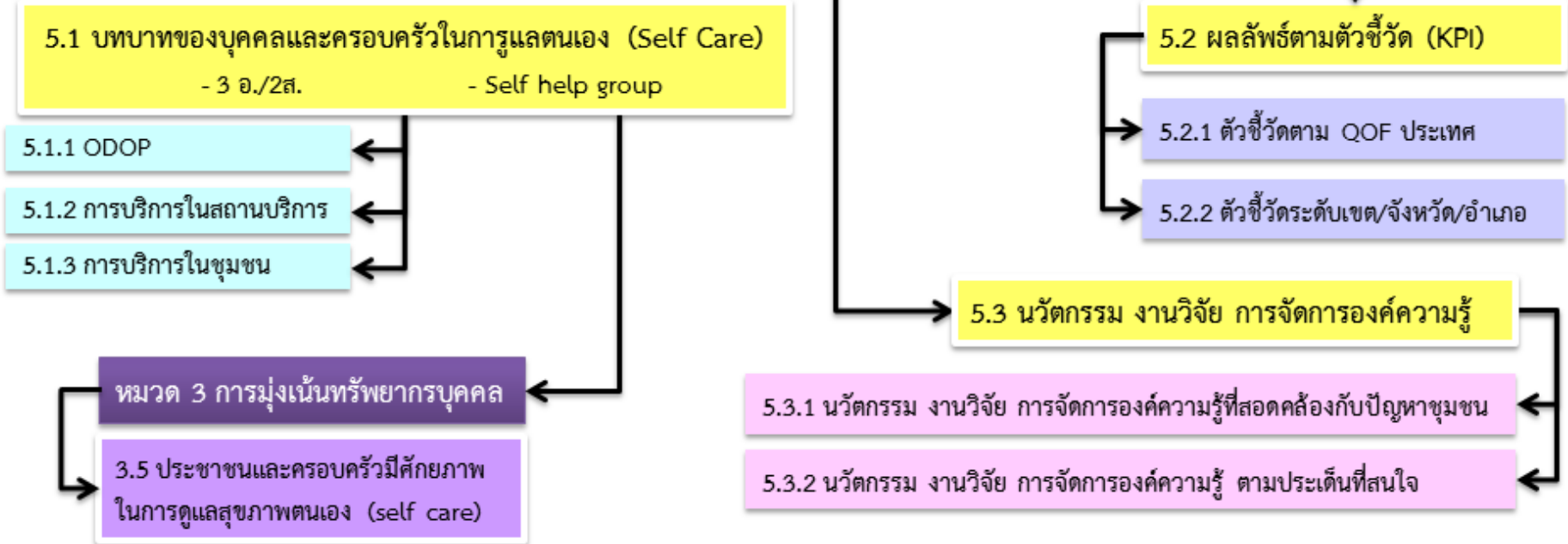


### ส่วนที่ 3 บริการดี



## ส่วนที่ 4 ประชาชนมีสุขภาพดี

### หมวด 5 ผลลัพธ์



เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 72 จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพของเขตมีปริมาณที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกกระบวนการบริการสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทุกสิทธิ รวมทั้งการพัฒนาสู่การบริการสุขภาพในระดับนานาชาติ และพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ โดยในกระบวนการต้องมียุทธศาสตร์ประกอบดังนี้</p> <p>1)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ประกอบด้วย</p> <p>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์</p>



4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

2)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการวางแผน/จัดสรร/ติดตามการใช้งบประมาณที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการ/พัฒนากำลังคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์

5)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการบริหารจัดการที่เขตดำเนินการส่งผลกระทบต่อปัจจัยเกี่ยวข้องต่างๆ เช่น การวางแผนความต้องการและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเขต/บุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการแก่ประชาชน เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนพัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.แผนความต้องการพัฒนา กำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) ของเขตสุขภาพมีความครอบคลุม กำลังคนทุกกลุ่มสาขา/วิชาชีพ และทุกมิติ	แผนพัฒนา กำลังคนเชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุม 5 กลุ่ม	ระดับ 3 ( 9 เดือน)

		(4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี) 2.การแผนพัฒนาบุคลากร ของ เขตมีความเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง สาธารณสุขและประเทศ	สาขา/วิชาชีพ (ตามเกณฑ์ที่กำหนด) ในทุกระดับบริการ	
	2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.ประเมินการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน(คน เงิน ของ)ของเขตสุขภาพด้านการ พัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพ 2.ประเมินผลการพัฒนาเครือข่าย และการมีส่วนร่วมด้านการผลิต และพัฒนากำลังคนในเขต	มีการสร้างความ ร่วมมือของสถาบัน การผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของ เขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 3 ( 9 เดือน)
	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการ พัฒนา กำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 3 ( 9 เดือน)
	4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรรบุคลากรมีการ กระจายอย่างเหมาะสม(ทั้งด้าน จำนวน และศักยภาพ) 2.การกำหนดเป้าหมายการผลิต และพัฒนา และดำเนินการ พัฒนากำลังคนให้มีความ สอดคล้องกับความต้องการของ เขต	มีการพัฒนา บุคลากรได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 3 ( 9 เดือน)
	5.การ ประเมินผล กระทบของ ระบบการ	1.ระบบการบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ และการแก้ไข ปัญหาการผลิตและพัฒนา	จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตรา การย้าย ลาออก/ จำนวนการขาด	ระดับ 3 ( 9 เดือน)

	บริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	กำลังคนของเขตมีความเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบาย 2.การลดข้อร้องเรียนและ การ ต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิด ความเสียหายในระดับประเทศ	แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลงปี ละร้อยละ 10	
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b> จำนวนเขตสุขภาพ ๗ เขต ที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ทั้ง 5 องค์ประกอบ				
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	เขตสุขภาพ 12 เขต			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	การสำรวจ /การรวบรวมรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3) วิเคราะห์ผลการนิเทศตรวจราชการ			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	หน่วย CHRO ของเขตสุขภาพ			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A=จำนวนเขตสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3 ใน 5 องค์ประกอบ			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	-			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ใน 5 องค์ประกอบ (A)			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	2 ครั้ง (ตามรอบการตรวจราชการ)			
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>				
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
		เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 2	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 3	เขตสุขภาพ 7 เขตที่ผ่าน เกณฑ์ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 3
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ และคำนวณตามสูตร			
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	แผนผลิตและพัฒนาากำลังคนของเขตสุขภาพ รายงานผลการจัดสรร/พัฒนาากำลังคนของเขตสุขภาพ			



**เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้**

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
1.การวางแผนพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ	5	แผนพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และ ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ
	4	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	3	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	2	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	1	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
2.การสร้างร่วมมือด้านการ ผลิตและพัฒนากำลังคน	5	มีการสร้างร่วมมือของสถาบันการผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100
	4	มีการสร้างร่วมมือของสถาบันการผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80
	3	มีการสร้างร่วมมือของสถาบันการผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60
	2	มีการสร้างร่วมมือของสถาบันการผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 20
3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 100
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 90
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 80
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60
4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย
5.การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่าร้อยละ 10 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการ พัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลน บุคลากร ในระดับเขต)
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 15 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการ พัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลน บุคลากร ในระดับเขต)

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการ พัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลน บุคลากร ในระดับเขต)
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการ พัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลน บุคลากร ในระดับเขต)
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสียหลังการ พัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวนการขาดแคลน บุคลากร ในระดับเขต)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 81 ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน  
แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณของหน่วยงานสังกัดกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

- การกิจเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง (กตส.)  ภาคกิจประจำ / พื้นฐาน
1. นโยบาย คสช. ข้อ.....
  2. นโยบายรัฐมนตรี ข้อ.....
  3. นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ข้อ.....
  4. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ข้อ.....
  5. ยุทธศาสตร์บูรณาการ ประเด็น ข้อ.....
  6. ประเด็นยุทธศาสตร์ กตส. ที่.....
  7. กลยุทธ์ที่.....

กลุ่มภารกิจ กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ผู้รับผิดชอบ นางสาวเครือพันธ์ บุ๊กบุญ โทรศัพท์มือถือ 085-485-6980 โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2590-2341  
 ผู้รับผิดชอบ นางธัญชนก เสาวรัง โทรศัพท์มือถือ 085-485-6981 โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2590-2339

ที่	โครงการเชิงกลยุทธ์ / โครงการประจำ	กิจกรรมเชิงกลยุทธ์ / กิจกรรมประจำ (รายละเอียดกิจกรรม)	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย / จำนวน	ระยะเวลา (ระบุ เดือนที่ จะดำเนินการ)				งบประมาณรวม (บาท)	งบประมาณ รายไตรมาส (บาท)			
					ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1	จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การ จัดวางระบบการควบคุม ภายในและการบริหารความ เสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560 จำนวน 40 รุ่นๆ ละ 300 คน (รุ่นละ 2 วัน)	1. จัดทำโครงการจัดอบรมเชิง ปฏิบัติการ 2. ดำเนินการจัดอบรมเชิง ปฏิบัติการ 3. สรุปผลการจัดอบรม	1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องของหน่วยงานทุก ระดับ มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดวางระบบการ ควบคุมภายในที่ถูกต้อง การ รู้ไหล สิ้นเปลือง หรือการ	ทุกส่วนราชการใน สังกัดสธ. / สสจ. / สสอ. / รพสต. / รพ.ในสังกัด สำนักงานปลัด สธ. / รพศ. / รพท. /	ธ.ค. 59	ม.ค. -	เม. ย - มิ.ค มิ.ย. . 60	ก.ค. - ก.ย . 60	20,588,000.-	2,058,800.-	6,176,400.-	6,176,400.-	6,176,400.-



ที่	โครงการเชิงกลยุทธ์ / โครงการประจำ	กิจกรรมเชิงกลยุทธ์ / กิจกรรมประจำ (รายละเอียดกิจกรรม)	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย / จำนวน	ระยะเวลา (ระบุ เดือนที่ จะดำเนินการ)				งบประมาณรวม (บาท)	งบประมาณ รายไตรมาส (บาท)			
					ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
2	นิเทศงานควบคุมภายใน หน่วยงานในสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง	1. กำหนด KPI จัดทำ template และกระดาษ ทำ การตรวจนิเทศงานระบบ ควบคุมภายใน 2. นิเทศงาน ปีละ 2 ครั้ง	ทุจริตในหน่วยงานรวมทั้งมี ความตระหนักและเห็น ความสำคัญต่อระบบการ ควบคุมภายใน และสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	รพช. มีระบบการ ควบคุมภายในที่มี ประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพ					1,520,000.-	380,000.-	380,000.-	380,000.-	380,000.-
		3. สรุปผลการนิเทศ รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน	2. เพื่อให้การจัดทำ รายงานการควบคุมภายใน ของหน่วยงานภายใน กระทรวงสาธารณสุข มีระบบ การควบคุมภายในที่ได้ มาตรฐานตามที่สำนักงานการ ตรวจเงินแผ่นดินกำหนด 3. หน่วยงานทุกระดับ มี ระบบการควบคุมภายในที่มี ประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกภารกิจของ องค์กรทั้งภารกิจหลักและ ภารกิจสนับสนุน รวมทั้งลด ข้อผิดพลาด ความเสียหาย						22,108,000.-				

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ  
ด้านการควบคุมภายใน

● มาตรการ / แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p>1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560 จำนวน 40 รุ่น รุ่นละ 2 วัน</p> <p>2. นิเทศงานควบคุมภายในหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง</p>	<p>ทุกส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ</p>	<p>1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของหน่วยงานทุกระดับ มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อระบบการควบคุมภายใน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง</p> <p>2. หน่วยงานทุกระดับ มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 ข้อ 6</p> <p>3. หน่วยงานทุกระดับ มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพครอบคลุมทุกภารกิจขององค์กรทั้งภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุน รวมทั้งลดข้อผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน</p>

● ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน	กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

# โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560

## 1. หลักการและเหตุผล

ระบบการควบคุมภายในเป็นกลไกที่สำคัญและเป็นเครื่องมือในการบริหารงานของผู้บริหารทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างควมมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้หน่วยงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การควบคุมภายในต้องมีการพัฒนาอยู่เสมอเพราะนอกจากจะช่วยให้งานมีประสิทธิภาพ ควบคุมภายในที่ดีแล้วยังเสริมให้เกิดการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดีด้วย การจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ดีเหมาะสมกับลักษณะขนาดของหน่วยงานในความรับผิดชอบยังเป็นกลไกช่วยในการทำงานให้มีความเสี่ยง อุปสรรคหรือข้อผิดพลาดให้น้อยที่สุด เพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดนี้จะส่งผลให้งานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น การใช้ทรัพยากร การบริหารจัดการกระบวนการทำงาน การควบคุมภายในจึงเป็นการป้องกันการทุจริต ความสูญเปล่าให้มีการทำงานตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มติ คณะรัฐมนตรี และนโยบายของผู้บริหารให้มีประสิทธิภาพ ประหยัด โปร่งใส จะเห็นได้ว่าการควบคุมภายในไม่ใช่เพียงการควบคุมภายในเรื่องการเงินเพียงเรื่องเดียว แต่ยังควบคุมถึงระบบการทำงานทั้งหมดที่จะมีผลกระทบต่องานขององค์กรทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 กำหนดให้ทุกส่วนราชการมีการดำเนินงานจัดวางระบบการควบคุมภายใน และมีการจัดทำรายงานประเมินการควบคุมภายในต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน และคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำกระทรวงสาธารณสุข (คตป.) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อปรับปรุงการควบคุมภายในให้มีประสิทธิภาพ (ตามระเบียบ ข้อ 6)

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน
2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด
3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลืองหรือการทุจริตในหน่วยงาน

## 3. กลุ่มเป้าหมาย

ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมจำนวนทั้งสิ้น 12,000 คน โดยแบ่งการอบรมออกเป็น 40 รุ่น รุ่นละ 300 คน

#### 4. วิธีดำเนินการ

4.1 อภิปราย

4.2 ฝึกปฏิบัติ

#### 5. ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการ

ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 – กันยายน 2560 จำนวน 40 รุ่น รุ่นละ 2 วัน ณ สถานที่เอกชน เนื่องจากไม่สามารถหาสถานที่ของทางราชการที่เหมาะสมได้

#### 6. งบประมาณ

6.1 งบประมาณสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดอบรมประกอบด้วย จำนวน 20,588,000.- บาท (ยี่สิบล้านห้าแสนแปดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) จำนวน 40 รุ่น

- ค่าตอบแทนวิทยากรภาครัฐ 7 ชั่วโมง x 600 บาท x 2 วัน x 2 คน	เป็นเงิน	16,800.-	บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (300 คน x 50 บาท x 4 มื้อ)	เป็นเงิน	60,000.-	บาท
- ค่าอาหารกลางวัน (300 คน x 600 บาท x 2 มื้อ)	เป็นเงิน	360,000.-	บาท
- ค่าพาหนะวิทยากร (จำนวน 2 คน x 700 บาท)	เป็นเงิน	1,400.-	บาท
- ค่าพาหนะในการเดินทางคณะผู้จัดอบรม (จำนวน 17 คน x 500 บาท)	เป็นเงิน	8,500.-	บาท
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	เป็นเงิน	3,000.-	บาท
- ค่ากระเป่าใส่เอกสาร จำนวน 300 ใบ x 100 บาท	เป็นเงิน	30,000.-	บาท
- ค่าถ่ายเอกสาร จำนวน 300 ใบ x 100 บาท	เป็นเงิน	30,000.-	บาท
- ค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายอื่นๆ	เป็นเงิน	5,000.-	บาท
	รวมเป็นเงิน	514,700.-	บาท

การจัดอบรมทั้งหมด 40 รุ่น (40 รุ่น x 514,700.- บาท) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 20,588,000.- บาท

6.2 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของผู้เข้ารับการอบรมเบิกจากต้นสังกัด

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายแต่ละรายการสามารถถัวจ่ายกันได้

#### 7. ผู้รับผิดชอบโครงการ

กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

## 8. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

1. จำนวนผู้ให้ความสนใจในการเข้ารับการอบรม
2. ระยะเวลาในการสรุปผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร
3. ร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจ

## 9. การบริหารความเสี่ยง

**ความเสี่ยง** : กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ตามกำหนดการ

**กิจกรรมในการควบคุม** : กำหนดแผนการจัดอบรมให้ชัดเจนพร้อมแจ้งกลุ่มเป้าหมายล่วงหน้า

: ประสานหน่วยงานยืนยันจำนวนผู้เข้าอบรม

## 10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดอบรม การควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน

2. หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 ข้อ 6

3. หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกภารกิจขององค์กรทั้งภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุน รวมทั้งมีข้อผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงานลดลง

ลงชื่อ

ผู้เสนอโครงการ

(นางธัญชนก เสาวรัจ)

(นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ)

ลงชื่อ

ผู้เห็นชอบโครงการ

(นางสาวเครือพันธ์ บุกบุญ)

(นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง)

ลงชื่อ

ผู้อนุมัติโครงการ

ภาคผนวก

ข

**ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านมารดาและทารก**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

เป้าหมาย : 1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

2. สถานการณ์.....

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

1.1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ M1 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

1.2) ปิงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอด

มาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพ ของรัฐ ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่าน เกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการ สุขภาพของรัฐทุก ระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพ ที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับ ตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)



ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของ Healthy Ageing

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านผู้สูงอายุ

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

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

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

.....

.....

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....E-mail.....

## ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

แบบรายงานกิจกรรมการสำรวจและประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามข้อบข้าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ภายใต้ตัวชี้วัด : ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. ....e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อสถานที่ผลิต	สถานะสถานที่		ที่ตั้ง	ชนิดผักและผลไม้สดที่คัดและบรรจุ	บันทึกการตรวจ								การจัดทำฉลาก			หมายเหตุ	
		เข้าขายโรงงาน	ไม่เข้าขายโรงงาน			ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร (ตส.13(59)) (ร้อยละ)								ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต	เลขสถานที่ผลิต/นำเข้า	รหัสสัญลักษณ์หรือรูปแบบใดบ้างซึ่งระบุการผลิต		
						หมวดที่ 1	หมวดที่ 2	หมวดที่ 3	หมวดที่ 4	หมวดที่ 5	หมวดที่ 6	คะแนนรวม	ข้อบกพร่องรุนแรง					

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ / 02-590-7406.....

**ตัวชี้วัดที่ 34 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านโรคหลอดเลือดสมอง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย:  $\leq$  ร้อยละ 7)

**2. สถานการณ์.....**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....**

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย:  $\leq$  ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

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

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....**

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 35 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เป้าหมาย: ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เป้าหมาย: ไม่เกิน๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J440-J441) (A)	จำนวนประชากรกลางปีอายุ15ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร (B)	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

**ตัวชี้วัดที่ 38 อัตราตายทารกแรกเกิด**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านทารกแรกเกิด**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)

**2. สถานการณ์.....**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต (B)	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A/B) x1,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....



ตัวชี้วัดที่ 39 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

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

2. สถานการณ์.....

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

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

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

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic drug)ในผู้ป่วย STEMI ได้  
 แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล  
 ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- (1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2 และF2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) 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)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่ม เลือด (Fibrinolytic drug) ใน ผู้ป่วย STEMI ได้จริง(A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

## ตัวชี้วัดที่ 45 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

### แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

#### ด้านโรคหัวใจ

#### 1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี(ปี 2560 – 2564))

#### 2. สถานการณ์.....

#### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

##### 3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี(ปี 2560 – 2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) (A)	จำนวนประชากรกลาง ในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

##### 3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 46 ระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

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

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัด $\leq 6$ สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ $(A/B)*100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				



(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยรังสีรักษา $\leq 6$ สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ (A/B)x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

### 3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

.....

### 4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....

.....

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

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

**ตัวชี้วัดที่ 47 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ**  
**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**  
**ด้านโรคมะเร็ง**

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

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

**2. สถานการณ์.....**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

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

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

.....  
 .....

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

.....  
 .....

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

.....  
 .....

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

ตัวชี้วัดที่ 48 อัตราตายจากมะเร็งปอด

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

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

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด(A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....  
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....  
.....

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....  
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 49 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

(เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

(เป้าหมาย: > 50% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559)

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการ ลดลงของ eGFR< 4 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> /yr x 100 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (B)	Ax100/B	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

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

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 50 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านตา

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

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

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

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

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด (A)	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตากระทรวงสาธารณสุข (B)	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				



ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

## ตัวชี้วัดที่ 52 จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคไต

### 8. ประเด็นการติดตามประเมินผล

สถานการณ์ด้านการปลูกถ่ายไต

.....

### 9. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ (เป้าหมาย:  $\geq 650$  ต่อปีในปีงบประมาณ 2560)

เขต	เป้าหมาย	รายการข้อมูล	หมายเหตุ
		จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	
1			
2			
3			
เขต ...			
ภาพรวมประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)			

#### 3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

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

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

4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

5 ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

6 นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

ตัวชี้วัดที่ 59 ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์	<b>1.1 การนำองค์กรและธรรมาภิบาล</b>	(14)		สัมภาษณ์ / บันทึกและ รายงานการประชุม	ระบบการนำ หมายถึง โครงสร้างและกลไกการตัดสินใจ ของผู้นำในองค์กร การสื่อสาร การนำผลการตัดสินใจดังกล่าว ไปสู่การปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนาผู้นำ/ผู้บริหาร การตอก ย้ำค่านิยม ทิศทาง ความ คาดหวัง รวมทั้งความสัมพันธ์ ระหว่างผู้นำ
	<b>1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร</b>	(10)			
	<b>1.1.1.1 ผอ.รพ./สสอ./ผอ.รพ.สต. ร่วมกัน ดำเนินงาน</b>	(2)			
	- ไม่มีการประชุม ชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน	0			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง	1			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน ทุก 3 เดือน	2			
	<b>1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอดทิศทาง</b>	(2)		- พิจารณาจากข้อมูล CPPC (Contracting Provider Profile) ร่วมกับการสัมภาษณ์ทีม นำผู้รับผิดชอบโดย อธิบายแสดงพันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม แผนยุทธศาสตร์ แผนงานและโครงการ ในการจัดบริการ สาธารณสุข โดย พิจารณาความ สอดคล้องกับสภาวะ	วิสัยทัศน์ หมายถึง การมองไปในอนาคต (Future Perspective) เป็นสิ่ง ที่จะบอกถึงสิ่งที่องค์กรอยากจะ เป็นในอนาคตและการกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมต้อง คำนึงถึงความต้องการหรือ ผลประโยชน์จากประชาชน ชุมชน สังคม และ ผู้ได้รับ ผลกระทบในพื้นที่รับผิดชอบ จุดอ่อน จุดแข็ง ขององค์กร ซึ่ง วิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ อาจ กล่าวถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ
	มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ มีแผนงานและ โครงการ ที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของ ผู้รับบริการ และบริบทของพื้นที่ มีการสื่อสาร ให้บุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบที่ ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน				
	- ไม่มีเอกสาร ไม่มีการดำเนินงาน	0			
	- มีเอกสารไม่ครบถ้วน มีการดำเนินงาน แต่ไม่มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน	1			
- มีเอกสารครบถ้วน มีการดำเนินงาน และมีการวิเคราะห์ผล สรุปผลการดำเนินงาน	2				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
				ของผู้รับบริการและตามบริบทของพื้นที่/ มีแผนงานที่สอดคล้องกับแผนงานของ CUP ที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน - พิจารณาเอกสาร ร่วมกับการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบมีแผนงานที่สอดคล้องกับแผนงานของ CUP และ สอดคล้องกับสถานะ สุขภาพของผู้รับบริการ	ประชาชนหรือรูปแบบการบริการที่ปรารถนาในอนาคต 3-5 ปี เป็นต้น  การสื่อสารทิศทางขององค์กร หมายถึง การสื่อสารทิศทางขององค์กรในอนาคตที่ต้องการให้บุคลากรในองค์กรได้รับทราบ และเข้าใจเมื่อได้จัดทำวิสัยทัศน์ และกำหนดเป้าประสงค์ คำนิยาม และความคาดหวัง ขององค์กร แล้วจะต้องมีกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์				- พิจารณาจากความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการนำวิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ	บุคลากรได้รับทราบ ยอมรับและนำไป ปฏิบัติอย่างจริงจัง ผู้บริหารสามารถดำเนินการได้หลายวิธีแต่วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพได้แก่การสื่อสารแบบสองทิศทาง (Two Way Communication) สร้างบรรยากาศที่ดีในทุกรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้ กระตุ้นให้บุคลากรในองค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของทิศทางดังกล่าว ร่วมกัน สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความผาสุก
	1.1.1.3 การกำกับดูแล	(2)		- โครงสร้างการบริหาร - ระเบียบปฏิบัติ การกำกับดูแลตนเอง	การกำกับดูแล หมายถึง การแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อการทำของ
	มีการควบคุมกำกับและตรวจสอบผลลัพธ์ของงาน การเงินและการป้องกันทุจริต ประพฤติมิชอบ จัดระบบให้บุคลากรที่				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	เกี่ยวข้องกับ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ มีส่วนร่วม ตรวจสอบได้			- มาตรฐานหรืออื่น ๆ ที่สอดคล้องกับ	ผู้บริหาร ความรับผิดชอบด้าน การเงิน ความโปร่งใสในการ ดำเนินงาน การตรวจสอบที่เป็น อิสระทั้งภายใน ภายนอก การ พิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย
	- ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ	0		โครงสร้างการบริหาร	
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือน	1		- กฎระเบียบ หรือ นโยบายที่เกี่ยวข้อง	
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือนและ มีการทบทวนพิจารณาผลการดำเนินงาน แก้ไข ปัญหาอุปสรรค อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	2		- แนวทางการตรวจสอบ ประสิทธิภาพการปฏิบัติ ราชการ	
	<b>1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน</b>	<b>(2)</b>		- บันทึกอุบัติการณ์, การจัดการแก้ไขข้อ ร้องเรียน, สัมภาษณ์, สังเกต	ข้อร้องเรียน หมายถึง ข้อ ร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการทั้งจากภายใน/ ภายนอก ที่ไม่ได้รับการ ตอบสนองความทำให้ไม่พึง พอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการ ดำเนินงาน
	มีระบบรับฟังความคิดเห็น รับข้อร้องเรียน ในรูปแบบต่างๆ มีผู้รับผิดชอบและมีแนว ทางการแก้ไข มีการนำผลมาแก้ไขปรับปรุง การบริการ และประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง				
	- ไม่มีระบบ	0			
	- มีระบบ แต่ไม่มีการนำผลมาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมินความพึง พอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง(น้อยกว่าปี ละ 2 ครั้ง)และเป็นลายลักษณ์อักษร	1			
	- มีระบบ และมีการนำผลมาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง (ทุก 3 เดือน)และเป็นลายลักษณ์อักษร	2			
หมวด 1	<b>1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ</b>	<b>(2)</b>		แผนยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติการ/การ วิเคราะห์และปรับปรุง แผนการดำเนินงาน	การทบทวนผลการดำเนินงาน หมายถึง การแสดงให้เห็นวิธีการ ในการเลือกและรวบรวมข้อมูล และสารสนเทศที่มีความ สอดคล้องและเชื่อมโยงกัน เพื่อ ใช้ในการติดตามผลการ ปฏิบัติงาน และผลการ ดำเนินการและนำผลการ ดำเนินงานมาทบทวน วิเคราะห์
การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวาง แผนกลยุทธ์	มีการทบทวนผลการดำเนินงานและจัดทำ แผน เช่น การบริหารงาน การจัดระบบ สนับสนุนบริการ การให้บริการ การพัฒนา วิชาการ การสร้างแรงจูงใจ ระบบประเมินผล งาน การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ได้ จากการทบทวน และค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อ แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน				
	- ไม่มีการทบทวนและจัดทำแผน	0			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลาย ลักษณ์อักษรแต่ไม่ต่อเนื่อง (ปีละ 1 ครั้ง) และไม่มี ผลลัพธ์ของการพัฒนา	1			เพื่อจัดทำแผนในการดำเนินงาน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลาย ลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง (ปีละ 2 ครั้ง) และมี ผลลัพธ์ของการพัฒนาเชิงประจักษ์	2			
	<b>1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม</b>	<b>(4)</b>		เอกสารแสดงกฎและ ระเบียบ ในการ ปฏิบัติงาน	พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมาย และจริยธรรม : หน่วยบริการ/ องค์กร แสดงให้เห็นว่ามีการ ระบุและคาดการณ์ความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม/และ ความกังวลของสาธารณะ เนื่องมาจากบริการ/การ ดำเนินงานขององค์กร และมี การเตรียมการแก้ไข รวมถึงการ ใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากร อย่างคุ้มค่า รักษาสิ่งแวดล้อม มี การกำหนดกระบวนการ เพื่อให้ มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ รวมทั้งลดความ เสียหายด้านลบเหล่านั้น
	<b>1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมีจริยธรรม</b>	<b>(2)</b>			
	มีกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นค่านิยมและ วัฒนธรรมในการทำงานของบุคลากรที่ใช้ ตัดสินความถูกต้องและความผิดของการ กระทำเป็นไปเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย				
	- ไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ	0			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็นลาย ลักษณ์อักษร แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ	1			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็น ลายลักษณ์อักษรและมีการนำไปปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม	2			
	<b>1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่ สำคัญ</b>	<b>(2)</b>			
	มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการ ดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกับชุมชน นอกเหนือหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เพื่อให้ เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อชุมชน				
	- ไม่มีการสนับสนุนต่อชุมชน	0			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนแต่ไม่มีการ บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นในเชิง ประจักษ์	1			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนและมีการ บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีภาพเชิงประจักษ์	2			
				รูปภาพกิจกรรม/การ บันทึกการให้การ สนับสนุนชุมชน	<b>ชุมชน (Community)</b> ครอบคลุมทั้งชุมชนทาง ภูมิศาสตร์ และชุมชนในลักษณะ อื่นๆเช่น กลุ่มบุคคลที่มาร่วมมี ปฏิสัมพันธ์เพื่อบรรลุเป้าหมาย เดียวกัน หรือเครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น <b>การสนับสนุนชุมชน (Community support)</b> รวมถึงความพยายามในการ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ท้องถิ่นในด้านการให้บริการ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์					การศึกษา สุขอนามัย สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น การสนับสนุนสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพ การช่วยให้สมาชิกในชุมชนพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นเพื่อสามารถรับมือกับภัยและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี
	<b>1.2 การวางแผนกลยุทธ์</b>	(4)		สัมภาษณ์วิธีการจัดทำ แผน/การกำหนด เป้าประสงค์/แผน	กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่าอาจเป็นผลหรือผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้ : การจัดการบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของ
	1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	(2)			
	1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	(2)			
	มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
	- ไม่มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	0			
- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์แต่ไม่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ	1				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ	2			ผู้รับบริการ ชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข <b>วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives)</b> หมายถึงความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กรเป็นสิ่งที่องค์กรต้องการบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร
	<b>1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ</b>	<b>(2)</b>		สัมภาษณ์การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ	การถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ (Action plan) หมายถึง แผนที่ระบุกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียดทรัพยากรที่ต้องใช้ในเวลาที่ ต้องทำให้สำเร็จ
	<b>1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ</b>	<b>(2)</b>			
	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนองสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร(คน งบประมาณ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติการ				
	- ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และไม่มี การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	0			
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่มี การถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติงาน	1			
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	รวมคะแนน	18			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ก การเงินและบัญชี

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
การเงินและบัญชี	มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ			มีครบถ้วน 7 รายการ =10 คะแนน	การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง หมายถึงการควบคุมดูแลการใช้จ่ายเงินแผ่นดิน และของหน่วยงานภาครัฐให้เป็นไปโดยถูกต้อง มีวินัย คุ่มค่า โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ โดยการวางกรอบหลักเกณฑ์กลางให้หน่วยงานภาครัฐถือปฏิบัติ
	1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายเงินถอนเงิน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานการเงิน			มี 6 รายการ 8 คะแนน มี 5 รายการ 7 คะแนน	พิจารณาจากหลักฐานการดำเนินงานเช่น คำสั่ง คณะกรรมการ/แผนการใช้เงินงบประมาณ เงินบำรุง / การควบคุมการรับจ่ายเงิน/ การจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง/ การควบคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน/การสรุปผล/การจัดซื้อจัดจ้าง/
	2. มีแผนการใช้เงินงบประมาณและเงินบำรุง				
	3. มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็นปัจจุบันถูกต้อง(404/407)				
	4. มีแฟ้มการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง				
	5. สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสรุปผลการใช้ประจำปี				
	6. มีแฟ้มการดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง เป็นปัจจุบัน				
	7. ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการตรวจสอบภายในปีละ 2 ครั้ง				ผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.สภาพแวดล้อม ภายนอกอาคาร (รวม 10 คะแนน)	1.1 การปรับปรุงสภาพ สิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร	(6)		สังเกต สํารวจ	สะอาด หมายถึง ความสะอาด บริเวณสถานที่ มีความเป็น ระเบียบเรียบร้อย
	- บริเวณทั่วไปไม่สะอาด	1			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด	3			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด จัดเป็น สัดส่วนมีรั้วรอบ ขอบชิด	6			
	1.2.การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การเข้าถึงบริการ				
	1.2.1 การกำหนดจุดสำหรับ จอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน**	(2)		สังเกต/สอบถาม/ สํารวจ/สัมภาษณ์	จุดสำหรับจอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอด รถของผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถมา จอดเพื่อรับส่งผู้ป่วยได้สะดวก และใกล้กับจุดที่กำหนดไว้ สำหรับให้บริการผู้ป่วยวิกฤติ- ฉุกเฉิน
	- มี	2			
	- ไม่มี	0			
	1.2.2 การกำหนดจุดสำหรับจอด รถผู้พิการ/ผู้ชรา	(2)			
	- ไม่มี	0			จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถผู้ พิการ หมายถึง จัดที่จัดไว้ สำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราต้องเป็นพื้นที่ สี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้างไม่น้อย กว่า 2,400 มิลลิเมตร และยาว ไม่น้อยกว่า6,000 มิลลิเมตร และจัดให้มีที่ว่างข้างที่จอดรถ กว้างไม่น้อยกว่า 1,000 มิลลิเมตร
- มีแต่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	1				
- มีและเป็นไปตามมาตรฐาน	2				
2.สภาพแวดล้อม ภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน)	2.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ การ ดำเนินงาน 5 ส	(2)		การสังเกตและ สัมภาษณ์	
- มีการแบ่งพื้นที่ดำเนินการ และกำหนดผู้รับผิดชอบ	1				

การดำเนินการตาม มาตรฐาน 5 ส	- กำหนดผู้รับผิดชอบได้ ครอบคลุมทุกพื้นที่	1			
--------------------------------	--	---	--	--	--

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.2 โต๊ะทำงาน</b>	<b>(3)</b>		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	<b>ป้าย ส สะดวก</b> หมายถึง ป้ายอธิบายถึงลักษณะของสิ่งของ เช่น ป้ายสารบัญเพิ่มหนังสือ ป้ายอุปกรณ์สำนักงาน เป็นต้น
	- สะอาดและปราศจากคราบสกปรก	1			
	- ป้ายชื่อระบุชื่อ สกูล ตำแหน่งมีลักษณะเดียวกันทุกโต๊ะภายในห้องนั้น	1			
	- ไม่มีสิ่งของซุกใต้โต๊ะทำงาน	1			
	<b>2.3 โต๊ะคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์</b>	<b>(4)</b>			<b>ถังขยะ</b> หมายถึง ถังขยะทั่วไปที่ใส่ขยะแห้งหรือถังใส่ขยะที่เท่านั้น ไม่ได้ประเมินรวมกับถังขยะติดเคาน์เตอร์ที่ต้องประเมินตามมาตรฐาน IC
	- สะอาด ปราศจากคราบสกปรก	1			
	- เมื่อใช้งานเสร็จแล้วให้ออกจากโปรแกรม และเก็บเอกสารที่ใช้ประกอบการทำงานให้เรียบร้อย (ไม่มีเอกสารวางทิ้งไว้บนโต๊ะหลังเสร็จงาน)	1			
	- สาย อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์ต้องเก็บให้ปลอดภัยและเป็นระเบียบ	1			
	- มีการแยกประเภทของกระดาษพิมพ์งาน เพื่อความสะดวก และประหยัด (มีป้าย ส สะดวก )	1			
	<b>2.4 ห้องทำงาน</b>	<b>(5)</b>			
	-มีป้ายติดหน้าห้องระบุชื่อห้องทุกห้อง	1			
	-สะอาดปราศจากคราบสกปรก	1			
	-จัดวางวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและมีป้ายบอกชัดเจน	1			
	-ถังขยะต้องมีฝาปิดมิดชิดและมีถุงพลาสติกรองรับ วางไว้ในที่เหมาะสม ตัวถังขยะภายนอกต้องสะอาด ไม่มีเศษขยะล้นออกมาจนถึง	1			
-อุปกรณ์ที่ควรใช้ร่วมกัน ให้จัดวางไว้ที่ใดที่หนึ่งของสำนักงาน เช่น กรรไกรตัดกระดาษ เครื่องเย็บกระดาษ ที่เหลาดินสอ ปากกาเขียนแผ่นใส คัตเตอร์ เป็นต้น ทำป้าย ส สะดวกให้ครอบคลุม และชัดเจน	1				

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

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

## ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.5 ตู้เก็บเอกสาร</b>	(3)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	- มีป้าย ส สะดวก ติดไว้ให้ชัดเจนเป็น ระเบียบ สวยงามทุกตู้	1			
	-ห้ามวางอุปกรณ์หลังตู้ที่สูงเกินมือเอื้อม ถึง	1			
	-ไม่มีฝุ่นละออง ไม่มีหยากไย่	1			
	<b>2.6 การเก็บเอกสาร</b>	(2)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	-เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงานจะต้องเป็น เอกสารปีปัจจุบัน หรือหากมีเอกสาร ย้อนหลังเกิน 1 ปีต้องเป็นเอกสารที่มี ความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวพันกัน และต้องระบุจากปีไหนถึงปีไหน	1			
	-มีป้าย ส สะดวกให้ครอบคลุมและ ชัดเจนเหมือนกันทุกแฟ้มจัดเก็บเป็น ระเบียบ สวยงาม	1			
	<b>2.7 โทรศัพท์</b>	(2)			
	-มีหมายเลขโทรศัพท์ภายในและ ภายนอกเพื่อความสะดวกในการติดต่อ	1		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	-ไม่มีคราบสกปรก ฝุ่นละอองและ หยากไย่	1			
	<b>2.8 นาฬิกา</b>	(1)		การสังเกต/ สอบถาม	ไม่เดิน/ไม่ตรงเวลา $\pm$ 5 นาที หัก 1 คะแนน
	-นาฬิกา	1			

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

## หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

## ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
3.ห้องส้วม (รวม 6 คะแนน )	3.1 ห้องส้วมทั่วไปสะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกในการ ใช้บริการ	(3)		การสังเกต	สะอาด หมายถึง ไม่มีฝุ่น หรือ หยากไย่ ไม่มีคราบสกปรก ให้ สังเกตบริเวณซอกมุม คอห่าน ภายใน ภายนอกโถส้วม และโถ ปัสสาวะด้วยห้องส้วมและ สุขภัณฑ์มีสภาพดี -พื้นห้องส้วมและบริเวณล้างมือ ต้องแห้ง หากพบว่าบางครั้งพื้น ภายในห้องส้วมไม่แห้ง แต่ถ้า พื้นไม่ลื่นและไม่มีน้ำขังถือว่า ควรผ่านการประเมินทั้งนี้ให้ ขึ้นกับดุลพินิจของผู้ประเมิน <b>ไม่มีกลิ่นเหม็น</b> หมายถึง ไม่มี กลิ่นของอุจจาระและปัสสาวะ และต้องไม่มีกลิ่นเหม็นขณะ ราดน้ำหรือกดชักโครก
	-ไม่สะอาด	0			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น	1			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสงสว่าง เพียงพอ การระบายอากาศดี	2			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสงสว่าง เพียงพอ การระบายอากาศดีและไม่มี กลิ่น	3			
	3.2 .มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิง ตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ	(3)			มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิง ตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ต้องมี องค์ประกอบครบ 5 ชั้น ดังนี้ 1.โถส้วมนั่งราบแบบชักโครก 2.ประตูกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร 3.มีอ่างล้างมือ 4.มีทางลาดเข้าสู่ห้องส้วมผู้ พิการ 5.มีราวเหล็กจับพยุงตัว
	- ไม่มี	0			
	- มี/ไม่สะอาด	1			
	- มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น	2			
	- มี /สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มี กลิ่น สะดวกในการใช้บริการ	3			



(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
4.บริการ (รวม 12 คะแนน)	4.1 จัดระบบคิวการรอตรวจตามลำดับก่อน หลังหรือตามความ รุนแรงของโรค	(3)		การสังเกต และการ สัมภาษณ์	มีเครื่องมือ หรือ อุปกรณ์ในการออก บัตรคิว
	-ไม่มี	0			
	-มี แต่ไม่มีอุปกรณ์ที่ชัดเจน	1			
	-มีระบบคิวชัดเจนแต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง	2			
	-มีระบบคิวชัดเจน มีการดำเนินการต่อเนื่อง และมีการแจ้งให้ ผู้รับบริการให้ทราบ	3			
	4.4 มีตารางการให้บริการในสถานบริการ	(3)		การสังเกต	
	-ไม่มี	0			
	-มี แต่ไม่มีการติดป้ายแสดงให้เห็นชัดเจน	1			
	-มีป้ายบอกชัดเจน เข้า/ป่วย นอกเวลาราชการ	2			
	-มีป้ายบอกชัดเจน เข้า ป่วย นอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่อยู่ เวรนอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่	3			
	4.3 จัดให้มีทีวี วิทยุทัศน์ และสื่ออุปกรณ์อื่นๆ เผยแพร่ความรู้ด้าน สุขภาพและเผยแพร่กิจกรรมกระทรวง	(3)			
	- ไม่มี	0			
	- มีแต่ไม่มีการเผยแพร่	1			
	-มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ	2			
	- มีการเผยแพร่ความรู้ ด้านสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์เหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับ ODOP	3			
	4.4 มีบริการน้ำดื่ม(ร้อน เย็น) และเครื่องดื่มสมุนไพร ในช่วง เวลา เปิดให้บริการ	(3)			
	-ไม่มี	0			
	-มีเฉพาะน้ำเย็น	1			
	-มีทั้งน้ำร้อน น้ำเย็น	2			
	-มีน้ำร้อน น้ำเย็น และเครื่องดื่มสมุนไพรเพิ่มเติม และมีความ ปลอดภัย	3			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทาง พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.การ ออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร (รวม 6 คะแนน)	1.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	(2)		พิจารณาจาก Cup จัดระบบ สนับสนุนให้ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ เครือข่ายมีการ จัดระบบการ ป้องกันการติดเชื้อ	*กรณีรพ.สต.ลูกข่ายไม่มี RN ให้รพ. สต.แม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบร่วมได้ * กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบ ใน รพ.สต. อนุโลมให้เป็นพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล โดย ขอให้มีคำสั่งแต่งตั้งเป็นผู้รับผิดชอบ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีให้ 0 -หลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการ อบรม เนื้อหาในการอบรม -คำสั่ง โดยดูจากวันที่ลงนาม <b>กลุ่มป่วย</b> <b>แผนครอบคลุมด้านสิ่งแวดล้อม</b> หมายถึงแผนในการดำเนินงานควบคุม และจัดการสิ่งแวดล้อมในรพ.สต.และ ในชุมชนที่รับผิดชอบ
	1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต	1			
	1.1.2 มีข้อ 1.1.1 และพยาบาลผู้รับผิดชอบ ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการ ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ1ครั้ง (อย่างน้อย1วัน)	0.6			
	1.1.3 มีข้อ 1.1.2 และมีหลักฐานการได้รับ การอบรมความรู้ของพยาบาลป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อและบุคลากรในรพ.สต. และมีคำสั่งแต่งตั้งพยาบาลป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ยึด ตามปีปฏิทิน)	0.4			
	1.3 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ	(2)		ดูแนวทาง คู่มือ การป้องกันและ ควบคุมการติด เชื้อ และดูการ กำกับติดตาม การใช้คู่มือ/ แนวทางปฏิบัติ ในการควบคุม การติดเชื้อใน รพ.สต.ตาม บริบทของพื้นที่	-คู่มือจัดทำในรูปของคณะกรรมการ ดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อ ภาพรวมของCUPนั้นๆและจัดทำ ภายใน 5 ปีก่อนการประเมิน -การถามอาจถามข้อใดข้อหนึ่ง อย่าง น้อย 1 เรื่อง เช่น การล้างมือ การ จัดการขยะ การเฝ้าระวังและติดตาม การ ติดเชื้อ หรือเรื่อง ที่ สอดคล้องกับ ODOP

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การ ออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร	1.3.1 มีคู่มือปฏิบัติงานด้านการ ป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	1			คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบันคือ มีการทบทวนและปรับปรุงคู่มือการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อภายในระยะเวลา 5 ปี
	1.3.2มีข้อ 1.3.1 และสุ่มสอบถาม เจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับแนวทางการ ปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือ ได้อย่าง ถูกต้อง	1			
2. การ ดำเนินงาน (รวมคะแนน 16 คะแนน)	<b>2.1ระบบการเฝ้าระวัง</b>	<b>(1.5)</b>		-สอบถามและ ตรวจดูรายงาน การเฝ้าระวังและ แนวทางการแก้ไข ปัญหา เป็นลาย ลักษณ์อักษรไม่ เน้น รูปแบบการ บันทึกแต่ สามารถ ตอบการสื่อสาร กันได้ -ดูผลการตรวจ สุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่ เฉพาะราย -ดูแผนการตรวจ สุขภาพ -ผลการตรวจ สุขภาพ -แผนการดูแลบุคคล กรกลุ่มดี กลุ่ม เสี่ยง กลุ่มป่วย	<b>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง</b> การกำหนด กลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับ ODOP และ ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตามบริบทของ รพ.สต.นั้นๆ และมีการดำเนินการเฝ้าระวังทั้ง ในรพ.สต.และในชุมชน <b>การตรวจสอบสุขภาพประจำปีหมายถึง</b> กิจกรรม การตรวจประเมินสุขภาพ โดยที่ผู้รับการตรวจ ยังไม่มีอาการผิดปกติ ยังอยู่ในภาวะที่ร่างกาย ยังปกติ และผู้ป่วยรู้สึกว่าร่ากายยังสมบูรณ์ เป็นการตรวจที่ทำในทุกๆปี ปีละ 1 ครั้ง ซึ่ง เป็นการตรวจที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์/ สอบถามประวัติอาการ และประวัติทาง การแพทย์ต่างๆ การตรวจร่างกายโดยละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติ การที่จำเป็น การให้ วัคซีนป้องกันโรคตามคำแนะนำของกระทรวง สาธารณสุข และการให้คำปรึกษาสุขภาพที่ สอดคล้องกับสภาวะของผู้รับการตรวจแต่ละ ราย <b>การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ หมายถึง</b> การ วิเคราะห์จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีแล้ว แบ่งกลุ่มเป็น กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.1 .1มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	0.5			
	2.1.2มีข้อ 2.1 และมีผลการเฝ้า ระวังการติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมาย สำคัญ	1			
	<b>2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี</b>	<b>(1.5)</b>			
	2.2.1 บุคลากรตรวจสุขภาพ ประจำปีแต่ไม่ครบ 100%	0.5			
	2.2.2 บุคลากรตรวจสุขภาพ ประจำปีครบ 100%	0.25			
	2.2.3 มีผลการวิเคราะห์การตรวจ สุขภาพ	0.25			
	2.2.4 มีแผนการดูแลสุขภาพ บุคลากรกลุ่มเสี่ยง	0.25			
2.2.5 บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการ ดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงาน ตาม ความเหมาะสม	0.25				

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</b>	<b>(1.5)</b>		ประเมินจาก * รอบปีปฏิทิน *มีทะเบียน รายงานการฉีด วัคซีนไขหวัดใหญ่ และ รายงานการ ฉีดวัคซีนตามการ ระบาดของ โรคใน พื้นที่ให้กระตุ้นตา ความเหมาะสม เช่น คอติบ) หรือ - การสอบถาม เจ้าหน้าที่ หรือ -สมุดบันทึกการ ตรวจสุขภาพ ประจำปี	การฉีดวัคซีนที่จำเป็นหมายถึงการ ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่และ วัคซีนที่ ป้องกันกันโรค ระบาดตามการ ระบาด ของแต่ละพื้นที่
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของ กระทรวงร้อยละ 80 ขึ้นไป	1			
	2.3.2บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคที่จำ เป็นตาม นโยบายของกระทรวง น้อยกว่าร้อยละ 80	0.5			
	<b>2.4 แนวทางการปฏิบัติ</b>	<b>(2)</b>		ดูโปรสเตอร์/ป้าย แนวทาง ปฏิบัติ -สัมภาษณ์บุคลากร 1 คน -ขอคู่มือรายงานการ เกิด อุบัติเหตุเมื่อ เกิดอุบัติเหตุไม่ เน้นรูปแบบเอา ตามแนวทาง ที่ CUPกำหนด -กรณีที่ไม่ได้รับ อุบัติเหตุ	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง หมายถึงแนวทางที่กำหนดแนว ทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับ อุบัติเหตุจากเข็มที่แทง เช่น ใบมีด ผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือผิวหนังสัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.4.1 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะ ปฏิบัติงานโดยติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์ ใน พื้นที่ที่มองเห็นชัดเจน	1			
	2.4.2มีข้อ 2.4.1 และบุคลากรทราบและ อธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง	0.5			
	2.4.3 มีการบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	0.5			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำ ความสะอาดมือ</b>	<b>(2)</b>		สังเกตป้ายแสดง ขั้นตอนการล้าง มือ	<p><b>การทำความสะอาดมือ</b> หมายถึงการ ขัดถูให้ทั่วมือ รวมทั้งช่องกลายนิ้วมือด้วย สบู่หรือสารเคมีและน้ำ แล้วล้างออกให้ สะอาด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ สูงสุด และคุ้มค่าที่สุดในการควบคุมโรค ติดเชื้อ การล้างมืออย่างถูกวิธีร่วมกับ การใช้ผ้าเช็ดมือที่สะอาดทุกครั้ง สามารถลดการติดเชื้อในได้ การล้างมือ อย่างถูกต้องเหมาะสมจะสามารถลดการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางด้าน สุขภาพ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการล้างมืออย่างถูกวิธี มีความ ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการ ล้างมือรวมทั้งมีพฤติกรรมล้างมือ อย่างถูกต้องและเหมาะสมจะสามารถ ช่วยป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจาย เชื้อ</p>
	2.5.1 มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์แสดง ขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และมี อุปกรณ์ล้างมือเช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ เพียงพอพร้อมใช้	1		สุ่มบุคลากร 1 คน ตอบคำถาม และ สาสิตการ	
	2.5.2 มีข้อ 2.5.1 และบุคลากรทำความ สะอาดมือได้ถูกต้อง	1		ล้างมือได้ถูกต้อง ไม่เน้น ว่าเป็น พยาบาล	
	<b>2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</b>	<b>(2)</b>		- สังเกตภาพ หรือป้ายแสดง	<p><b>อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</b> หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบน อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือ หลายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือ หลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วน นั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่ง หนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตราย จากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน</p>
	2.6.1 มีการสื่อสารการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ ตามบริบทของพื้นที่	1		ขั้นตอน การ สวมและถอด อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคล	
	2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และ บุคลากรสามารถใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม	1		-สุ่มบุคลากร 1 คน ให้สาธิต และตอบคำถาม การใช้ PPE	

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.7การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต</b>	<b>(1.5)</b>		- สุ่มถาม - ตรวจสอบ สถานที่จริง -	การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการ ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อ การแพร่กระจายเชื้อในรพ.สตเช่น ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรคเป็น ต้น
	2.7.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการ พื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ. สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	0.5		ป้ายสื่อสารการ ปฏิบัติกรณี โรคติดต่อที่ต้อง แยกพื้นที่ เช่น โรควัณโรค, ไข้หวัดนก คอ ตีบ เป็นต้น	
	2.7.2ทราบแนวทางการจัดการแบ่งพื้นที่ใน การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่ เสี่ยง ต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต.	0.5			
	2.7.3มีข้อ 2.7.1และ2.7.2และมีการจัดแบ่ง พื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	0.5			
	<b>2.8 การทำลายเชื้อและการทำให้ ปราศจากเชื้อ</b>	<b>(2)</b>		พิจารณาจาก อุปกรณ์ และ เครื่องมือสะอาด ปราศจากเชื้อ พร้อมใช้งาน	การควบคุมคุณภาพทางด้านชีวภาพ หมายถึงการทำ Spore test
	2.8 .1บุคลากรทราบแนวทางการทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ เครื่องมือ แพทย์ด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ และ การควบคุม คุณภาพการทำให้ปราศจาก เชื้อทั้ง 3 ด้าน	1			
	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการควบคุม คุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง)	0.20			
	2.8.3มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอก ทุกหีบห่อและ ควบคุมภายในห่ออุปกรณ์ทำ หัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ set พื้นฐาน, set suture, set คลอด, I&D	0.20			
	2.8.4มีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/เครื่อง/เดือน)	0.20			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.8.5 มีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อนและการจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	0.20		สังเกต/ สัมภาษณ์ / สอบถาม กรณี ห่ออุปกรณ์ ปราศจากเชื้อ ชำรุด หรือ ไม่ พร้อมใช้ ตัด 0.2 คะแนน	การทำให้ปราศจากเชื้อหมายถึงกระบวนการในการทำลายหรือขจัดเชื้อจุลชีพทุกชนิด รวมทั้งสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียจากเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือที่จะต้องผ่านเข้าสู่ส่วนของร่างกายที่ปราศจากเชื้อได้แก่ กระแสโลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น เครื่องมือผ่าตัด เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ฉีดเข้าเส้น อุปกรณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึ่งต้องสัมผัสกับเยื่อของร่างกายในระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องท้องจะต้องได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ
	2.8.6 ไม่พบอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหมดอายุ	0.20			
	<b>2.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</b>	<b>(2)</b>		สุ่มดูมูลฝอยในถังมูลฝอย -สอบถาม/ สังเกต เช่น กรณีไม่มีรถขนขยะ โดยเฉพาะแต่ต้องใช้รถคันเดียวกันขนขยะ	“มูลฝอยติดเชื้อ” หมายความว่า มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ กรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นหรือไซในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และ การรักษาพยาบาล การใหญ่มีคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชั้นสูตรศพหรือซาก สัตว์รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว
	2.9.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการ มูลฝอย ใน รพ.สต.	1			
	2.9.2 การจัดเก็บมูลฝอยในพื้นที่/ห้องพักมูลฝอย ป้องกันสัตว์ แมลงคืบเข้าได้	0.25			
	2.9.3 มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผู้ป่วยที่นอนรักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแลถูกต้อง	0.25			
	2.9.4 การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปทำลายนอกรพ.สต. โดยรถขน ย้ายมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น *กรณีไม่มีรถที่ใช้ขนส่งขยะเฉพาะ ชั้นต่ำ ต้อง มีกล่อง หรือถัง ไม่มีรู มีฝาปิด ล็อคฝาได้ ใช้ส่งขยะติดเชื้อ	0.25			
	2.9.5 มีการเผาทำลายที่อุณหภูมิสูงอย่างน้อย 760 องศาเซลเซียส หรือนำส่งให้หน่วยงาน/ผู้ดำเนินการที่สามารถกำจัดมูลฝอย ได้มาตรฐาน	0.25			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ง-2 LAB

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

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



ส่วนที่ 3 : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุคะแนน ตามความเป็นจริง และนำค่าคะแนน (ข) ที่ประเมินได้ คูณ กับ น้ำหนัก (ก) ใส่ในช่อง ผลคะแนน (ค) ให้ครบถ้วนทุกข้อ

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

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

	3.2 เครื่องมือทดสอบ					
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> <li>ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัท จำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องปั่น Hct ควรมีหมายเลขครุภัณฑ์ กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่เสนอแนะให้จัดทำให้ครบถ้วน</li> </ul>	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สั่งเกต,ถาม
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา <ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ. สต. อาจยกข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ.สต. เองก็ได้ต้องรวม นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย</li> </ul>	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สั่งเกต,ถาม
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
10	3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน <ul style="list-style-type: none"> <li>มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ</li> <li>เครื่องปั่น Hct สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ</li> <li>นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง</li> <li>มีการใช้นาฬิกาจับเวลา หรืออุปกรณ์อื่นที่มีการสอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที)</li> </ul>	3	มีครบ	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สั่งเกต,ถาม
			มีและสอบเทียบ มีหลักฐานแสดง	มีไม่สอบเทียบ	ไม่มีหลักฐานแสดง	หยิบดู ทดสอบ สั่งเกต,ถาม ดูเอกสารหรือ stickerแสดง
3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว						
11	3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม
12	3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	1	มีอย่างน้อย 1 อัน		ไม่มี	หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม

	3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ					
13	3.4.1 มีแถบวัดSugar,Proteinในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและมีการใช้ณาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือหมดอายุ	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
	3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)					
14	3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุ และมีการใช้ณาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
15	3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีฝาไม่หักคะแนนแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไข</li> </ul>	1	มี สะอาดแห้งใช้ครั้งเดียวทิ้ง		ไม่มีหรือมีไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง	หยิบดู ถาม
	3.6. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)					
16	3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	1	มี ใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สมบูรณ์	หยิบดู ถาม
3. วัสดุ น้ยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
17	3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/พิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช่แปรงถ่านแต่ใช้พิวส์ให้มีพิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง <ul style="list-style-type: none"> <li>• เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีพิวส์ ให้มีพิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้พิวส์สำรองแปรงถ่าน</li> </ul>	1	มีตรวจสอบและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบแต่ไม่มีสำรองประจำเครื่องหรือไม่มีระบบสำรอง	ไม่มีตรวจสอบ	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
18	3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) <ul style="list-style-type: none"> <li>• capillary tubeสำหรับใช้ตรวจHctต้องไม่หมดอายุ กรณีมี แต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน)</li> </ul>	1	มีและไม่มีหมดอายุ	-	ไม่มี	หยิบดู ถาม
19	3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ปั้นน้ำไม่หลุด ไม่ใช่สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริง</li> </ul>	1	มี ลักษณะใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ใช้งานไม่ได้	หยิบดู ถาม
20	3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด	1	มีเป็นlancetหรือเข็มเฉพาะเจาะปลายนิ้ว		ไม่มีหรือใช้เข็มเจาะแขนมาเจาะปลายนิ้ว	หยิบดู ถาม

21	3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและสอบเทียบอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง	มีแต่ไม่ได้สอบเทียบ	ไม่มี	ดู เอกสารหรือ stickerสอบเทียบ สังเกต ถาม
<b>4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ</b>						
22	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และ วิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้</li> </ul>	2	มีคู่มือ		ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
23	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจโดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุ ชื่อ-นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ส่งเอง ตรวจสอบไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ</li> </ul>	1	มี รายละเอียดครบ	มีแต่ไม่มีรายละเอียดที่ไม่สำคัญ	ไม่มีหรือมีแต่ไม่มีรายละเอียดครบตามที่ระบุ	หยิบดู ถาม
<b>4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)</b>						
24	4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	1	มีและแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียว	หยิบดู ถาม
25	4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้กรณีส่งต่อให้ รพ.พี่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่งวันที่โดยใช้ฉลากติดเท่านั้น</li> </ul>	1	มี รายละเอียดครบ	มีแต่รายละเอียดไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดู ถาม
<b>5. ขั้นตอนการทดสอบ</b> ☆						
26	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บสิ่งส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP</li> </ul>	2	มีครบทุกการทดสอบ	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดู ตรวจสอบถาม

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

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

รวม				
ผลรวมคะแนน				
สรุปผลการตรวจติดตามและประเมินผล				
คะแนนเต็ม				
คะแนนที่ได้				
คิดเป็นร้อยละ				

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

- 1.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- 2.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- 3.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- วันที่ให้ข้อมูล .....
- 1.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- 2.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

**หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและพี่เลี้ยง**

1. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
2. แนวทางการทำ IQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที
3. การจัดหา IQC material ให้รพช./รพท./รพศ./คปสอ.ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต ทำ IQC ส่งผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
4. การทำ IQC ของ Hct ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ(input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเรื่องปิ่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัด หรือ อาจใช้ known Control ให้ทำเป็นครั้งคราว ทำควบคู่ไปด้วยก็ได้



5. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดยรพช./รพท./รพศ./CUPเป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ โดยทำ EQA หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (interlab Comparisons) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (สมป.รับทำ 1 ครั้งสำหรับหน่วยงานที่ได้รับการรับรองปี2557)

6. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้

- 6.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
- 6.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
- 6.3 การสุ่มตรวจรายงานผล
- 6.4 การนำส่งตรวจต่อมีอุปกรณ์นำส่งที่มีฝาปิดมิดชิดและมีice pack หรือน้ำแข็งสำหรับควบคุมอุณหภูมิ
- 6.5 กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
- 6.6 การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
- 6.7 การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....  
.....  
.....

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ง-3 เกณฑ์กรม/ คุ่มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คปส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
1	<b>บุคลากร (2 คะแนน)</b> -มีเภสัชกรรับผิดชอบในการพัฒนางาน บริการเภสัชปฐมภูมิ อย่างน้อย 1 คน	-มีคำสั่งแต่งตั้ง และ -มีแผนการปฏิบัติการ และ ปฏิบัติงานจริง อย่างน้อย <u>ปีละ 4</u> <u>ครั้ง</u>	-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการปฏิบัติการ และปฏิบัติงานจริงอย่าง น้อย ปีละ 2 ครั้ง (อย่างน้อยหนึ่ง)	-ไม่มีคำสั่ง แผนการ ปฏิบัติการ และไม่มีกรออก ปฏิบัติงานจริง		-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยม หรือผล ปฏิบัติงาน หรือเอกสาร อื่นๆ - ฯลฯ	
2	<b>คลังยาและเวชภัณฑ์ (16 คะแนน)</b> 2.1 มีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ เหมาะสม มีความมั่นคง ถาวร มีระบบป้องกันการ สูญหาย (มีกุญแจ 2 ดอก โดยมีเจ้าหน้าที่ถือคน ละดอก) 2.2 สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์มีความ สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกัน แสงแดดและความชื้น <u>สามารถป้องกัน</u> <u>สัตว์และแมลงได้</u>	-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น (มี กุญแจ 2 ดอกและมีคำสั่ง มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจ คนละ 1 ดอก มาพร้อมกัน) -มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย <u>6 เดือนนับแต่วันตรวจ</u> -ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิ ไม่เกิน 30 °c ความชื้นไม่เกิน 70%)	-ประตุมีกุญแจล็อก 2ชั้น (มีกุญแจ 2 ดอกโดยมี เจ้าหน้าที่ถือคนละดอก) -มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น แต่ไม่เป็น <u>ปัจจุบัน อย่างน้อย 6</u> <u>เดือนนับแต่วันตรวจ</u> -มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้นเป็นปัจจุบันแต่ <u>ไม่ผ่านเกณฑ์</u>	-ประตุมีกุญแจล็อก 1 ชั้น หรือ กรณีสถานที่เก็บยาและ เวชภัณฑ์อยู่นอกอาคาร รพ. สต. มีแต่ประตูกระจก ไม่มี เหล็กตัด -ยาถูกแสงแดด - <u>ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิและ</u> <u>ความชื้น</u> - <u>คลังยาไม่สามารถป้องกัน</u> <u>สัตว์และแมลงได้</u>		-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น - คำสั่ง <u>หรือบันทึก</u> มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจคนละดอก -ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูก แสงแดด - เครื่องวัดอุณหภูมิและ ความชื้น -แบบบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		-คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้				(กรณี PCU รพ. ประเมินที่คลังยาที่เก็บยา รพ.สต.)	
	2.3 มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ อย่างเหมาะสม แยกเป็นหมวดหมู่ มีป้ายชื่อยาแต่ละรายการ ไม่วางยาและเวชภัณฑ์บนพื้นโดยตรง	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ (อย่างไรอย่างหนึ่ง)	-พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ		-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	
	2.4 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่าย (stock card) และลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายมีใบเบิก-บันทึกรายการจ่ายที่ถูกต้องตรงกับทะเบียนควบคุมคลังยา	-สุ่มstock card นับยา 10 รายการตรงทุกรายการ และ -มีใบเบิกยาจากคลังยา และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) และวันที่ สอดคล้องกับ stock card	-สุ่มstock card นับยา 10 รายการตรงมากกว่า 5 รายการ -มีใบเบิกยาจากคลังยา (อย่างไรอย่างหนึ่ง)	-สุ่มstock card นับยา 10 รายการตรงน้อยกว่า 5 รายการ -ไม่มีใบเบิกยาจากคลังยา		- สุ่ม รบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ - รบ.301 หรือ stock card รพ.สต. ข้อมูลจำนวนรับ และวันที่รับยาต้องสอดคล้อง - คล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจาก รพ.ที่รับยาเข้าคลัง รพ.สต.	
	2.5 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มียาในคลังจำนวนเพียงพอ	-ไม่มียาขาด stock ในคลังยา หรือ จุดจ่ายยา	-ยาขาด stock ไม่เกิน 2 รายการ	-ยาขาด stock เกิน 2 รายการ		-สุ่มรบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา	- ยาปฏิชีวนะ - ยาโรคเรื้อรัง (ถ้ามี) - และ ยา Life saving drug

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

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

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	3. 0.5% calcium chloride/gluconate 4. 20% dextrose หรือ 50% dextrose 5. Furosemide injection 6. Hydrocortisone/Dexamethasone	ราชการฯ หรือ อยู่ระหว่างการขอ อนุมัติ (แจ้ง สสจ.แล้ว) -มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต.และคู่มือ การใช้ยาช่วยชีวิต	(อย่างใดอย่างหนึ่ง)				
	3.2 มีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการ จัดยา และส่งมอบยา มีความรู้ด้านยา (โรงพยาบาลมีการจัดอบรมความรู้ด้าน ยาให้กับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)	-มีการจัดอบรมเรื่องยาโดย เภสัชกรโรงพยาบาลอย่างน้อยปี ละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยา ช่วยชีวิต	-มีการจัดอบรมเรื่องยา โดย เภสัชกรโรงพยาบาลอย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. มีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-ไม่มีทุกข้อ		-มีแผนการอบรม - มีหลักฐานผ่านการ อบรม เช่น หนังสือเชิญ อบรม - คู่มือการใช้ยาที่จำเป็น หรือสื่ออื่นๆ นอกเหนือจาก ยาช่วยชีวิต (อาจเป็นคู่มือ ๆ ของ รพ. หรือ จังหวัดก็ ได้)	
	3.3 มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ โดยการติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการ อื่นใด ใน family folder -มีแนวทางหรือการออกบัตรแพ้ย ยาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมิน	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แพทย์ โดยการติด สติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่น ใด ใน family folder -มีแนวทางหรือการออก บัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่	ไม่มีทั้ง 3 ข้อ		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ ในคอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูล - family folder - มีแนวทางการส่งต่อ ผู้ป่วย กรณีแพทย์	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		<u>แพทย์ต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร</u>	<u>ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร</u> (อย่างใดอย่างหนึ่ง)				
	3.4 ยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูลครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา, มีการระบุวันหมดอายุในซองยา แบ่งบรรจุ (Pre-pack)	-มีข้อมูลครบถ้วน	-มีข้อมูล แต่ไม่ครบถ้วน	- ไม่มีข้อมูลรายละเอียดของยาที่ส่งมอบ		- ซองยา, ฉลากยา - สาธิตการจ่ายยาให้ดู	
	3.5 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปลอดภัย ได้แก่ ฉลากช่วย สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODOP	-มีฉลากช่วยในการใช้ยา <u>-สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย</u>	-มีฉลากช่วยในการใช้หรือ <u>-สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย</u> (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 2 ข้อ		-ฉลากช่วย เช่น <u>การใช้ยาหยอดตา การใช้ ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก</u> <u>-สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODOP</u>	

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



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	-เครื่องสำอางที่พบ สารห้ามใช้ที่ อย. ประกาศ (ดูเป็น lot)-ฉลากเครื่องสำอางที่ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก						
	4.3 ร้านค้า ร้านชำ ไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้ง 2 ร้าน	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย 1 ร้าน	-พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายทั้ง 2 ร้าน		- สุ่มตรวจอาหาร และ ขนมตามแบบบันทึกการสุ่ม ตรวจร้านค้า แนบท้าย	
	4.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ครบ 3 ข้อทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพครบ 3 ข้อ จำนวน 1 ร้าน หรือ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ ไม่มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพทั้ง 2 ร้าน		- ผู้จำหน่ายร้านค้า มีความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร (1).ดู อย. (2). ดูวันผลิต วันหมดอายุ ได้, (3). ทราบรายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า ตามข้อ 4.2	รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย
	4.5 มีการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ผิดกฎหมาย (ยาและอาหาร ) ในสถานีวิทย์ ป้ายโฆษณา รถเร่	-มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานีวิทย์ กรณีไม่มีสถานีวิทย์ ให้เฝ้าระวังป้ายโฆษณา รถเร่ และ สรุปลง/บันทึก/หลักฐานการดำเนินงาน ให้อำเภอทราบ	-มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ไม่มีสรุปลง/บันทึก/ <u>หลักฐาน</u> การดำเนินงานให้ รพ. หรือ สสอ. ทราบ พบเพียงหลักฐานใน รพ.สต.	-ไม่มีมีการดำเนินการเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามแผน		-สรุปลงหรือบันทึก/ <u>หลักฐาน</u> การดำเนินงาน - แผ่นป้ายโฆษณาในชุมชน	สอบถามข้อมูลจากชุมชนเพื่อยืนยัน
	4.6 ร้านค้า ตลาด ที่ หรือ ทางสาธารณะ ไม่พบการปิดแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	ไม่พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย แต่มีการแจ้งข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ	พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย แต่ไม่มีการแจ้งข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ		- สํารวจแผ่นป้ายโฆษณาที่ร้านค้า ตลาด ที่หรือทางสาธารณะ	

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

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

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

ผนวก ง-3 เกณฑ์กรม/ คู่ครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข : แบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า

\*\*\* (เอกสารแนบท้ายประกอบการประเมินงานเภสัชกรรม/คู่ครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข)

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

1. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง

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

2. การทดสอบความรู้ผู้จำหน่าย

- คู่มือเครื่องหมาย อย.บนฉลาก อาหาร ( ) ถูกต้อง ( ) ไม่ถูกต้อง
- คู่มือผลิต วันหมดอายุในฉลากอาหาร ( ) ถูกต้อง ( ) ไม่ถูกต้อง
- รายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า ( ) รู้ ( ) ไม่รู้

ลงชื่อ..... ผู้ประกอบการร้านค้า

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

รายการเครื่องสำอางสำหรับฝ้า 34 รายการที่ห้ามขายตาม

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย

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

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

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....

.....



ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
<p>1. มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเรื่องแม่ข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- น้อยกว่า 1:0.0.50 = 1 คะแนน    - 1:0.50 – 0.59 = 2 คะแนน</li> <li>- 1:0.60 – 0.69 = 3 คะแนน        - 1:0.70 – 0.79 = 4 คะแนน</li> <li>- 1:0.80 – 0.89 = 5 คะแนน</li> </ul>	5	
<p>2. มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = 0 คะแนน</li> <li>- มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูล และไม่ใช้งานอื่น = 3 คะแนน</li> <li>- มี = 5 คะแนน</li> </ul>	5	
<p>3. มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล บริการของ รพ.สต.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน</li> </ul>	5	
<p>4. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมีปัญหา</p> <p>4.1 มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = 0 คะแนน    - มี 2 คะแนน</li> </ul> <p>4.2 มีโปรแกรม แอนตี้ไวรัสแท้ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = 0 คะแนน    - มี 2 คะแนน</li> </ul> <p>4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (Ups) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = 0 คะแนน    - มี 2 คะแนน</li> </ul>	6	
<p>5. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = 0 คะแนน</li> <li>- มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง = 2 คะแนน</li> </ul>	2	
<p>6. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีระบบ = 0 คะแนน</li> <li>- มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = 2 คะแนน</li> </ul>	2	
<b>รวม</b>	25	

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (25 คะแนน)

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

ส่วนที่ 4 การจัดการความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์ (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
<p>1. มีการทบทวนข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่มาวางแผนแก้ไขปัญหา</p> <p>เช่น ข้อมูลปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย ข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย</p>	5	
<p>2. มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย</p>	5	
<p>3. มีวิธีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน</p>	5	
<p>4. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย</p>	5	
<p>5. ชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้</p>	5	
<b>รวม</b>	25	

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

## หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม	
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับ ประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ	(2)		สัมภาษณ์กระบวนการ ได้มาซึ่งปัญหาของ ชุมชน(ODOP)/วิธีการ ค้นหาปัญหาและความ ต้องการของชุมชน /การ บันทึกประเด็นปัญหา	ODOP (One District One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ที่เป็นปัญหาร่วมและมีการแก้ไข ปัญหาทุกภาคส่วน คำว่า One District One Project ถูก นำมาใช้เป็นตัวกระตุ้น (trigger)เพื่อให้เกิดการทำงาน ร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่ง สามารถทำได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดโดยการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สุขภาพระดับอำเภอและนำไปสู่ การขยายผลในพื้นที่ระดับอื่นๆ และประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ	
	ทราบความต้องการของประชาชน และ ผู้รับบริการ (Health Need)ประเด็น ปัญหา หรือประเด็นที่ต้องพัฒนาที่ประชาชนและ ผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับ มีกระบวนการ (ประชุม/ ประชาคม/ เรื่องเล่า/ CBL/ SRM/ ธรรมนูญสุขภาพ) อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอยู่กับ บริบทของพื้นที่นั้นๆเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็น ปัญหาของชุมชน (ODOP) มีการนำ ฐานข้อมูลมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อ ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ					
	- ไม่มีการค้นหาความต้องการของ ประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของ ชุมชน (ODOP)	0				
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย แต่ไม่มีการนำมาจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	1				
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	2				
	2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย	(2)				“การประสานงาน” หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงาน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่าย ต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็น หนึ่งเดียวกันเพื่อลดความขัดแย้ง ในการทำงาน ดำเนินไปด้วย ความราบรื่นสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ในการทำงาน ร่วมกันหรือการติดต่อสื่อสารให้ เกิด ความคิด ความเข้าใจ ตรงกันในการร่วมมือปฏิบัติงาน ให้สอดคล้อง ทั้งเวลา และ
	มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงาน ระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการ การสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์ อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรม					
- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารภายใน คปสอ. และ รพ.สต. ภายในเครือข่าย	0					
- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงาน ระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการ	1					



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	การสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม				กิจกรรมที่จะต้องกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพเพื่อให้งานดำเนินไปด้วยความราบรื่น
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	2			
	<b>2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย</b>	<b>(2)</b>			
	มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม				
	- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ	0			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	1			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	2			
<b>2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม</b>	<b>(2)</b>				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม			สัมภาษณ์/สอบถามการสร้างความมีส่วนร่วมกับภาควิชาเครือข่าย/ภาพถ่ายหลักฐานในดำเนินงานร่วมกัน/ระบบงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและบทบาทของภาควิชาเครือข่ายต่างๆที่มาร่วมในการดำเนินการ	การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการ ที่ทำให้บุคคลสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนร่วมดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอกหรือองค์กรที่บุคคลได้เข้ามามีส่วน
	- ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการจัดระบบดูแลสุขภาพ	0			ร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมใน ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอน
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ชุมชนภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่เกิดระบบและยังไม่มีผลการประเมินผลที่เกิดกับสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม	1			
	- ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม	2			
	<b>2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน</b>	(2)		สอบถามวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน/ผลการประเมินความพึงพอใจ/การวิเคราะห์ผล/การปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และปรับปรุงในประเด็นที่ไม่พึงพอใจ	ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะมีความคาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดีจะมีความพึงพอใจมากแต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตั้งใจไว้ว่าจะมีมาก
	มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียน มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันเวลาที่ ลดความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร				
- ไม่มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และการวัดความพึงพอใจของประชากร เป้าหมาย ชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และไม่มีการจัดการข้อร้องเรียน	0				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ มีการติดตามข้อมูลมีกลไกที่ชุมชน สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนแต่ไม่มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนและนำไปพัฒนาองค์กร	1			
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ มีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนมีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/	2			
	ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วทั้งที่ ลดความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร				
<b>รวมคะแนน</b>		<b>10</b>			

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

## หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.1. การจัดระบบ การบริหารงาน การสรรหาและความก้าวหน้าในการงาน (ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2)	(1)		สัมภาษณ์/สอบถาม /เอกสาร ในการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากร/แนวทางการสรรหาบุคลากร	“ระบบงาน” หมายถึง วิธีการจัดโครงสร้างและระบบการทำงานของบุคลากรในองค์กร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุพันธกิจและเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
	มีการจัดระบบบริหารบุคลากรรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตามภาระหน้าที่โดยกำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้ มีวิธีการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรในการปฏิบัติตามบทบาทภารกิจที่ต้องการ มีวิธีการสรรหาว่าจ้าง และรักษา บุคลากรได้ตรงตามความต้องการ มีวิธีการสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากรอย่างเป็นธรรมและมีแผนการพัฒนาบุคลากร				การจัดระบบการ บริหารงาน หมายถึง การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความร่วมมือ ความคิดริเริ่ม การกระจายอำนาจการตัดสินใจ นวัตกรรม ความคล่องตัว และทันต่อความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่เสมอ (การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ)
	- ไม่มีการจัดระบบบริหารบุคลากร ไม่มีแผน การจ้างงานและความก้าวหน้า	0			
	- มีการจัดระบบบริหารบุคลากร มีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า	1			
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.2 การสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร (ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 3)	(1)		ผลการประเมินความพึงพอใจ/ สัมภาษณ์วิธีการสร้างความผูกพัน ความพึงพอใจ และ ความผาสุกของหน่วยงาน	ความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งานพันธกิจ และวิสัยทัศน์ ขององค์กรบรรลุผล ความผูกพัน อาจหมายถึง การผูกใจบุคลากรหรือใช้คำว่า “ ร่วมด้วยช่วยกัน” การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้าง
	มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความผาสุก ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ				
	- ไม่มีการสร้าง ความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร	0			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความสุข ความพึงพอใจ และแรงจูงใจใน การ ปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	1			ความสัมพันธ์ การสร้าง ความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทน การสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรมบุคลากรที่มีความพึงพอใจและความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และมีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ควรพิจารณาประเด็นเรื่องค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสาร ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.3 ระบบการพัฒนาและ การเรียนรู้ของบุคลากร (ใช้ประเมินในส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3)  จัดให้มี ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มีการค้นหาความจำเป็น และความต้องการในการฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับพันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนาตาม ที่กำหนด	(1)		พิจารณาจากผลการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน และผลการดำเนินงานขององค์กร/สัมภาษณ์รูปแบบและวิธีการสร้างการเรียนรู้ของบุคลากร/การจัดการเรื่องความก้าวหน้าของบุคลากร	การพัฒนาและการเรียนรู้ หมายถึง การวิจัย และพัฒนา การประเมินและปรับปรุงวิธีการทำงาน การแลกเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking) รูปแบบการพัฒนาบุคลากร อาจทำได้ทั้งภายในและ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	- ไม่มีระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร	0			ภายนอกองค์กร อาจเป็นการฝึกอบรมระหว่างการทำงาน การเรียนในห้องเรียน การเรียนจากคอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจากการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหรือนอกองค์กร
	- จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มีการค้นหา ความจำเป็น และความต้องการในการฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับพันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการ พัฒนาการ ที่กำหนด	1			
	<b>3.4 ระบบการ ประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร (ใช้ประเมินในส่วนที่ 3)</b>	<b>(1)</b>		<b>พิจารณาจาก</b>	
	มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรม มีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่องชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีจิตสำนึกในการทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความ ต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย			1. ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน 2. ทำข้อตกลงในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับองค์กรสู่ระดับบุคคล (Individual Scorecard) โดยผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา 3) คณะกรรมการพิจารณา กลั่นกรองผลการประเมิน เพื่อให้เกิดมาตรฐานและความเป็นธรรม4) หลักเกณฑ์การประเมินและผลการประเมินให้บุคลากรรับทราบ 5) ผู้บังคับบัญชานำผลการประเมินไปพิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ให้รางวัลจูงใจ และ การบริหารงานบุคคล เรื่องอื่น ๆ และการนำผลการประเมินแจ้งกลับไปยังบุคลากร รวมถึงการนำไปใช้ประกอบการให้คำปรึกษา แนะนำแก่บุคลากรเพื่อให้มีการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน และพัฒนาขีดสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานดียิ่งขึ้น	
- ไม่มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร	0				
- มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรม มีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่องชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีจิตสำนึกในการทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความ ต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	1				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.5 ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) (ใช้ประเมินในส่วนที่ 4)	(2)		พิจารณาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผู้รับบริการ (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การลดอาหาร) พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน /การ	การดูแลสุขภาพตนเอง (self care) หมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคน หรือการปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองเป็น กระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการ
	มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัว ในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งใน สถานบริการและชุมชน สามารถนำข้อมูล สุขภาพไปพัฒนาระบบบริการได้	0		ดำเนินการในการดูแลสุขภาพของชุมชน	สืบ ค้นหาโรคและการรักษา ขึ้นตอนด้วยตนเอง
	- ไม่มี การประเมิน	1			<u>เพนเดอร์</u> (Pender, 1987 :150) กล่าวว่า การดูแล
	- มีการ ประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน	2			ตนเอง เป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำ ในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีของตน
	รวมคะแนน	6			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการ

ดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

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



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

หมายเหตุ การให้คะแนน คือ มีครบทุกข้อได้ 1 คะแนน

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

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

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

หมายเหตุ

1. การประเมิน OPD

- OPD (มี 1 - 12) =มี

- OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่ง (1 - 12) = ไม่มี

2. การประเมิน NCD

- NCD (มี 1 - 13) =มี

- NCD ไม่มี 2 หรือ 13 หรือไม่มีทั้งคู่ = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

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

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

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

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี  
- ไม่มี Droptone = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

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

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

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.6 แผนไทย (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

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

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

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.7 ทันตกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

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

- หมายเหตุ 1. \*\*\* เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้ ขาดอันใดอันหนึ่งใน 1 – 6 = ไม่มี  
2. มี 1 – 8 = มี  
3. มี 1 – 6 = มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

ประเด็น : 4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care

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

หมายเหตุ - LTC มีข้อ 1 – 8 = มี

- LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 8 = ไม่มี

- Palliative care มีข้อ 1 – 8 และ มีข้อ 9 – 11 อย่างน้อย 1 ข้อ = มี

- Palliative care ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9 – 11 = ไม่มี



(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

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

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

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

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 5 ผลลัพธ์

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

5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

ผู้ที่ให้ข้อมูล  กสค./อสค.  ผู้รับบริการ

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

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

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 5 ผลลัพธ์

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

5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<b>1. ตัวชี้วัดกลางบงจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF)</b>		
1.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่		
1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่		
1.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์		
1.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก		
1.4.1 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (upper respiratory tract infections, URI) และ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis)		
1.4.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Ac.Diarrhea)		
1.5 ร้อยละการลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการ ผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)		
1.6 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี		
<b>2. ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC)</b>		
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		
2.5		
<b>3. ตัวชี้วัดเขต (จาก HDC)</b>		
3.1		
3.2		
3.3		
3.4		
3.5		

## 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยาม	
<b>1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย</b>	(1)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	สินทรัพย์ความรู้ (Knowledge assets) หมายถึง ทรัพยากรทางปัญญาที่มี การสั่ง สมในองค์กร เป็นสมบัติขององค์กรและ บุคลากร อยู่ในรูปแบบของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้อาจ เก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางการปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบ ปฏิบัติ ซอฟต์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์ ความรู้ เป็นความรู้ภาคปฏิบัติ (know how) ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ	
1.1 การจัดการองค์ความรู้					
- ไม่มี	0				
- มี	1				
1.2 การจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	(1)				
- ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	0				
- สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	1				
<b>2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน</b>	(1)		- เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย - รูปแบบการเผยแพร่ชัดเจน		
- มีผลลัพธ์	0				
- มีผลลัพธ์และมีการเผยแพร่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	1				
<b>3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้</b>	(2)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - สัมภาษณ์ประชาชนที่เป็น กลุ่มเป้าหมายในการทำ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย		
- ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	0				
- ชุมชน ผู้รับบริการ สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	1				
- ชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้	2				
<b>คะแนนรวม</b>	<b>5</b>				

ตัวชี้วัดที่ 61 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม  
 สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด  
 หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (24 แห่ง)  
 ข้อมูลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ณ วันที่ 27 ก.ค.59

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2559	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การจัดบริการอาชีวอนามัย	การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สคร. 1	เชียงราย		รพช.แม่สาย		
			รพช.เชียงใหม่		
			รพช.เชียงใหม่	(รอผลประเมิน)	
สคร. 2	ตาก	รพท.แม่สอด		✓	✓
			รพช.พบพระ	(รอผลประเมิน)	
			รพช.แม่ระมาด		
สคร. 5	กาญจนบุรี	รพท.พหลพลพยุหเสนา			
สคร. 6	ตราด		รพช.คลองใหญ่		
		สระแก้ว	รพท.อรัญประเทศ		
			รพช.วัฒนานคร		
สคร. 8	หนองคาย	รพท.หนองคาย			
			รพช.สระใคร		
	นครพนม	รพท.นครพนม		✓	✓
			รพช.ท่าอุเทน		
สคร. 10	มุกดาหาร	รพท.มุกดาหาร		✓	✓
			รพช. ห้วยน้ำใหญ่		
			รพช. ดอนตาล		
สคร. 12	สงขลา		รพช.สะเดา		
			รพช.ปาดังเบซาร์		
	นราธิวาส	รพท.นราธิวาสราชนครินทร์			
		รพท.สุไหงโกกลก			
			รพช. ตากใบ	✓	
			รพช. แวง		
	รพช. ยี่งอ	✓			
รวม	10	8	16		

ตัวชี้วัดที่ 71 ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ

แบบที่ 1 แบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบที่ 1 เป็นแบบประเมินความสำเร็จในการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยดำเนินการประเมินในไตรมาสที่ 2 (กุมภาพันธ์ 2559) และไตรมาสที่ 4 (กรกฎาคม 2559) ของปีงบประมาณ

เขตสุขภาพที่.....

ประเด็นการประเมิน	มีการ ดำเนินงาน	ไม่มีการ ดำเนินงาน
<b>ส่วนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกำลังคน</b>		
1. มีการจัดประชุมผู้รับผิดชอบการจัดทำแผนกำลังคนเพื่อจัดทำแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ		
2. มีการประชาสัมพันธ์/วิพากษ์ (ร่าง) แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ		
<b>ส่วนที่ 2 กระบวนการจัดทำแผนกำลังคน (HRP)</b>		
<u>ระดับที่ 1</u>		
3. มีการปรับปรุงฐานข้อมูลในระบบ HROPS ในแต่ละจังหวัด ให้มีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%		
<u>ระดับที่ 2</u>		
4. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ในแต่ละจังหวัด ไม่น้อยกว่าประเด็นที่กำหนด		
4.1 จำนวนบุคลากรจำแนกตามประเภทบุคลากร		
4.2 ช่วงอายุของบุคลากร		
4.3 ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
4.4 อัตราการสูญเสียของบุคลากร		
4.5 อัตรากำลังแต่ละวิชาชีพต่อประชากร		
5. มีการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลัง (Demand) ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการและเขตสุขภาพ (Service Plan & Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร		
<u>ระดับที่ 3</u>		
6. มีการวางแผนการกระจายกำลังคน และแผนการแก้ไขปัญหากำลังคน ในเขตสุขภาพ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร		
<u>ระดับที่ 4</u>		
7. มีการวางแผนการผลิต สรรหา และพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ		
<u>ระดับที่ 5</u>		
8. มีการกำหนดรูปแบบการติดตามและประเมินผล ของเขตสุขภาพ		

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก

ค





แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. .... e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต	เลขสารบบอาหาร (13หลัก)	ผลการตรวจสอบสถานที่ผลิต (GMP)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าสถานที่ผลิตไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าผลิตภัณฑ์ไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผ่าน	ไม่ผ่าน		ผลิตภัณฑ์ที่ เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอ ผลวิเคราะห์		
					กรณีระบุมหาและ สาเหตุ/ปัญหา					

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด / 02-590-7216.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. .... e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต/ สถานที่จำหน่าย	เลขสารบบอาหาร (13 หลัก)	จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าผลิตภัณฑ์ไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผลิตภัณฑ์ที่เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอผลวิเคราะห์		

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด / 02-590-7216.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. .... e-mail.....

วันที่รายงาน.....

เทอมที่	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการ รอผลวิเคราะห์ (รายการ)
2/2559			
1/2560			

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....นางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ / 02-590-7206.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแปงมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน ..... โทร. ....e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต	เลขสารบบอาหาร (13หลัก)	ผลการตรวจสถานที่ผลิต (GMP/PGMP แล้วแต่กรณี)		การดำเนินการ เมื่อพบว่า สถานที่ผลิตไม่ เป็นไปตาม กฎหมาย	จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าผลิตภัณฑ์ไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผ่าน	ไม่ผ่าน		ผลิตภัณฑ์ที่เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอ ผลวิเคราะห์		
					กรณีระบุมวลและ สาเหตุ/ปัญหา					

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ .....หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด / 02-590-7216.....









ตัวชี้วัดที่ 29 จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

แบบฟอร์มรายงานตัวชี้วัด

จังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
<b>1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</b>		
<p>1.1 มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ/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)</p> <p>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>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
1.2 มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัด และมีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐานที่สำคัญ</u> ของจังหวัด อย่างเป็นระบบ	มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่จำเป็นของจังหวัด ซึ่งมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาจากสถานการณ์ที่มีข้อมูลข่าวสาร/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น/เหตุร้องเรียนต่างๆ/การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ มีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด</u> เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ	1) ประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่กำหนดในการจัดทำฐานข้อมูล คือ..... 2) ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด</u> ที่มีการจัดเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูล คือ..... 3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ.....(ได้แก่ ระบบ NEHIS/ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ลักษณะอื่นๆ )
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐาน และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น..... 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)
1.4 การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐาน และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	- อธิบายวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และระบุประเด็นที่ทำการเฝ้าระวังในพื้นที่ มีประเด็นอะไรบ้าง

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
1.5 มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล	มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง/ เตือนภัย นำเข้าที่ประชุม อสธจ. การใช้ข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น	- อธิบายวิธีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ว่าใช้ประโยชน์จากข้อมูลใด อย่างไร
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น ..... 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)
<b>2. กลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.)</b>		
2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฝ่ายเลขานุการ คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	หน่วยงานมีกลุ่ม/ฝ่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มงานอื่นที่ได้รับมอบหมายงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือกฎหมายสาธารณสุข หรือมีคำสั่งมอบหมายให้รับผิดชอบงานฝ่ายเลขานุการ อสธจ.	กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด คือ .....
2.2 มีแผนการจัดประชุม คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีแผนการจัดประชุมฯ หรือโครงการที่แสดงถึงจำนวนครั้งการจัดประชุมกิจกรรม และงบประมาณการประชุม อสธจ. ที่เป็นปัจจุบัน	มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานการจัดประชุม อสธจ. คือ .....
2.3 มีการจัดประชุม คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีการดำเนินการตามแผนการจัดประชุม หรือโครงการ ตามข้อ 2.2 จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี หรือตามความเหมาะสม	กำหนดแผนการจัดประชุม.....ครั้งต่อไป และสามารถดำเนินการจัดประชุมได้.....ครั้งต่อปี (อธิบายปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน)

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
<p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นทั่วไป หรือ ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของพื้นที่ หรือ ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ หรือประเด็นข้อกฎหมาย</p>	<p>มีข้อมูลนำเข้าไปประชุมในวาระเพื่อพิจารณาในรูปแบบของเอกสาร หรือ ไฟล์ข้อมูล ให้ที่ประชุมประกอบการพิจารณาเพื่อมีมติต่อประเด็นดังกล่าว โดยข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นปัญหาพื้นที่เสี่ยง หรือประเด็นตามนโยบาย หรือประเด็นกฎหมาย <u>ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น</p> <p><u>ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ</u> เช่น ประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลักคือ</p> <p>1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ชยะอิลเลคทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)</p> <p><u>ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร 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>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
2.5 มีมติและติดตามจากที่ประชุม คณะอนุกรรมการสาธารณสุข จังหวัด	1) มีมติจากที่ประชุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัด 2) ฝ่ายเลขานุการ มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจากมติจากการประชุม	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
2.6 มีการรายงานการประชุม	มีการสรุปรายงานผลการประชุม และส่งข้อมูลให้แก่ศูนย์อนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อสรุปในภาพรวมของศูนย์อนามัยต่อไปตามแบบฟอร์มของศกม. ให้แก่ศูนย์อนามัยฯ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
<b>3. การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน</b>		
3.1 มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน	1) จังหวัดมีนโยบายหรือกำหนดตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน 2) มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.2 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1) มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนงาน 3) มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน เพื่อผลักดันการทำงานให้ได้ตามแผนงาน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.3 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	1) มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 2) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน 3) มีการทบทวนปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
3.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ	บุคลากรของหน่วยงานผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้	1) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม.....คน 2) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่อปท.และสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ จำนวน.....คน
3.5 มีการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน	อปท. ที่สมัครฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน	1) จำนวนอปท.ที่สมัครเข้ารับการประเมินฯ .....แห่ง 2) จำนวนอปท. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับพื้นฐาน .....แห่ง
3.6 มีการพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	1) มีแผนในการลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 2) ลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 3) มีการพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพแล้วเสร็จ อย่างน้อย 1 แห่ง	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
<b>4. จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย</b>		
4.1 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการ	มีการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้แบบฟอร์มการจดทะเบียนข้อมูลตามที่กำหนด โดยมีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สังกัด	1) ฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีข้อมูล คือ .....

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
สาธารณสุข (ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535) ที่เป็นปัจจุบัน	กระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการอื่นๆ) และมีฐานข้อมูลของสถานบริการการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของแหล่งกำเนิดมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด ประกอบด้วย รพ.สต. รพ.รัฐ สังกัดหน่วยงานอื่นๆ รพ.เอกชน คลินิกเอกชน รพ.สัตว์ คลินิกสัตว์ รวมทั้งมีข้อมูลบริษัทที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	
4.2 จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสธจ.	มีกลไกการดำเนินงานเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา มูลฝอยติดเชื้อของจังหวัด เช่น การใช้กลไก อสธจ. หรือกลไกอื่นๆ โดยต้องมีกลไกการประสานงานที่ชัดเจน เช่น มีการจัดประชุม การจัดทำคณะทำงาน เป็นต้น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
4.3 มีแผนและรายงานผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงาน ไปยังศูนย์อนามัยเพื่อรวบรวมข้อมูลระดับศูนย์ และส่งต่อให้ส่วนกลางต่อไป	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
<b>5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)</b>		
5.1 จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็ง	มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5.2 จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน	1) สนับสนุนองค์ความรู้แก่อปท. ในการร่วมสร้างตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ 2) ส่งเสริมให้เกิดแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้าน อวล. อย่างน้อย 1 คนต่อชุมชน	1) อธิบายวิธีการดำเนินงาน 2) จำนวน รายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีการจัดการตัวเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
(Active Communities) อย่างน้อยตำบล ตำบลละ 1 ชุมชน	<p>3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้</p> <p>4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการ อวล. ของชุมชน</p> <p>5) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิภูมิลอย/ น้ำ /หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน</p>	
5.3 จังหวัดมีตำบลที่มีมีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	มีการดำเนินงานสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) และพัฒนาต่อยอดเป็นตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	ระบุวิธีการดำเนินงาน และรายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
<b>6. การส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน ใน 36 จังหวัดพื้นที่เสี่ยง</b>		
6.1 สนับสนุนข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพให้กับหน่วยบริการสุขภาพ	มีการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ทุกระดับในพื้นที่ที่มีปัญหาลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รพศ./รพท. / รพช. /รพ.สต./ สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เช่น อสจ. /ทสจ./ อสจ. /อปท./ สถานประกอบการ ฯลฯ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนข้อมูลรายงานสถานการณ์ฯ เว็บไซต์/ อินทราเน็ต (Intranet) ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.2 สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพมีการสำรวจทางสุขภาพ	มีการสนับสนุน/มีส่วนร่วม เพื่อการสำรวจข้อมูลหรือตรวจคัดกรองสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -



ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
หรือ ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง หรือ เฝ้าระวังสุขภาพตามความจำเป็น	สนับสนุนการดำเนินงาน โดย การประชุมชี้แจง การให้องค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง การร่วมลงพื้นที่ เป็นต้น พร้อมทั้งมีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา	
6.3 บริหารจัดการให้มีการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หลักฐานในการสนับสนุน/มีส่วนในการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการดำเนินงาน มีการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ เอกสารความรู้ การจัดประชุมให้ความรู้ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนให้พื้นที่มีการจัดทำนวัตกรรม หรือ กระบวนการ หรือ รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.4 ประสาน สนับสนุนให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. /รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่เสี่ยง	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การจัดประชุมชี้แจง การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย เพื่อให้ รพศ./รพท. รพช. และรพ.สต. เกิดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่กรมควบคุมโรคกำหนด พร้อมสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารทราบ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.5 ประสาน สนับสนุน ติดตาม ให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับขั้นเริ่มต้นพัฒนา	รพศ./รพท. ที่ได้รับการสนับสนุนการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตาม ข้อ 6.4 มีผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ในระดับ ขั้นเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -



ตัวชี้วัดที่ 61 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม  
 สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา  
 เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

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

ลำดับ	รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	ผ่านเกณฑ์การให้บริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมฯ	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
รวม	แห่ง	แห่ง	
ร้อยละผ่านเกณฑ์ฯ		ร้อยละ.....	

ตัวชี้วัดที่ 67 ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย

รายการ	ข้อบ่งใช้	จำนวนครั้งที่มารับ คำแนะนำ	สถานะ
<b>ยาสมุนไพร</b>			
แคปซูลสารสกัดขมิ้นชัน	บรรเทาอาการอักเสบในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	3	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
ยาอมหญ้าดอกขาว	อดบุหรี่	3	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
สเปรย์พ่นคอแก้ไอ	แก้ไอ	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
สารสกัดลำไย	บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ	2	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
<b>ยาชีววัตถุ</b>			
Acellular pertussis vaccine (aP)	วัคซีนรวมเพื่อป้องกันไอกรน	2	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
Tetanus-Diphtheria-acellular Pertussis (TdaP)	วัคซีนป้องกัน คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	2	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
Factor 8	Hemophilia A	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
IVIG	- ภาวะที่มี Gamma globulin ในซีรัมต่ำ - (Idiopathic Thrombocytopenic Purpura : ITP) - Guillain-Barre Syndrome - Kawasaki Syndrome	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
Albumin	- 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

ตัวชี้วัดที่ 72 จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
1.การวางแผนพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	แผนพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ		
	4	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	3	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	2	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	1	แผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ ได้
2.การสร้างความร่วมมือ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100		
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80		
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60		
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40		
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20		
3.การบริหารงบประมาณ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100		
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90		
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80		
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70		
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60		
4.การบริหารจัดการด้าน การผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ ได้
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย		
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย		
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย		
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย		
5. การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่าร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ ได้
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการสูญเสีย หลังการพัฒนา(ย้าย ลาออก) จำนวน การขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขต)		



ตัวชี้วัดที่ 73 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด: ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

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

1. ระดับปฐมภูมิ 2. ระดับทุติยภูมิ 3. ระดับตติยภูมิ 4. ระดับ Excellence 5. เขตเศรษฐกิจพิเศษ

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ต้องการพัฒนา(แผน)	จำนวนที่ได้รับการพัฒนา(ผล)	ร้อยละที่ได้รับพัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ	1.แพทย์			
	2.ทันตแพทย์			
	3.เภสัชกร			
	4.พยาบาล			
	5.นักเทคนิคการแพทย์			
	6.นักกายภาพบำบัด			
	7.นักวิชาการสาธารณสุข			
2.กลุ่มสหวิชาชีพ	8.นักรังสีการแพทย์			
	9.นักกิจกรรมบำบัด			
	10.นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา			
	11.นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย			
	12.นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
	13.นักฟิสิกส์รังสี			
	14.แพทย์แผนไทย			
	15.นักวิชาการทันตสาธารณสุข			
	16.นักโภชนาการ			
	17.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์			
	18.นักสังคมสงเคราะห์			
	19.นักวิชาการศึกษาพิเศษ			
	20.นักกายอุปกรณ์			
	21.นักวิชาการอาหารและยา			
3.บุคลากรสนับสนุน	22.เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข			
	23.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม			
	24.เจ้าพนักงานสาธารณสุข			

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ต้องการพัฒนา(แผน)	จำนวนที่ได้รับพัฒนา(ผล)	ร้อยละที่ได้รับพัฒนา
	25.เจ้าพนักงานเวชสถิติ			
	26.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์			
	27.เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน			
	28.เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์			
4.บุคลากรสนับสนุน	1.นิติกร			
	2.นักทรัพยากรบุคคล			
	3.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี			
	4.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ			
	5.นักจัดการงานทั่วไป			
	6.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์			
	7.นักสถิติ			
	8.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา			
	9.เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์			
	10.เจ้าพนักงานธุรการ			
5.ผู้บริหาร	ระดับสูง			
	ระดับกลาง			
	ระดับต้น			
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>			

**หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับ 5 เท่ากับร้อยละ 80-100

ระดับ 4 เท่ากับร้อยละ 60-80

ระดับ 3 เท่ากับร้อยละ 40-60

ระดับ 2 เท่ากับร้อยละ 20-40

ระดับ 1 เท่ากับร้อยละ ต่ำกว่าร้อยละ 20

## รายชื่อหน่วยงานที่ร่วมจัดทำ

---

1. กรมการแพทย์
2. กรมควบคุมโรค
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
6. กรมสุขภาพจิต
7. กรมอนามัย
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11. กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
12. กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
13. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
14. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
15. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
16. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
17. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
18. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
19. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
20. สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
21. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
22. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
23. สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## คณะผู้จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี

---

### บรรณาธิการ

นพ.พงศธร	พอกเพ็ญดี	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
พญ.มานิตา	พรรณวดี	รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
ดร.มะลิวัลย์	ยีนยงสุวรรณ	ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
นายสมลักษณ์	ศิริชื่นวิจิตร	นักวิชาการสถิติชำนาญการ
นางสาวกฤติยา	สุขพัฒนากุล	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ
นายถิรภัทร์	ประกอบการ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
นางสาวศรสวรรค์	คงเจริญ	นักวิชาการสถิติ
นางสาวโศรดา	ปัทมวัลย์	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ
นางสาวสุภาพรรณ	ชุมมุง	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ

