|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **1. อัตราส่วนการตายมารดา** |
| **คำนิยาม** | - **การตายมารดา** หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน  - **การเยี่ยมเสริมพลัง** เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตัวเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 2562** | **ปีงบประมาณ 2563** | **ปีงบประมาณ 2564** | | ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน |   **เกณฑ์เป้าหมาย** | |
| **วัตถุประสงค์** | 1.พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ  2.เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ  3.จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง  2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัยและกรมอนามัย  3. สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมาดา (ก1หรือ CE) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 15 วัน  4. ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดา (รายงานการ Conference Case มารดาตายของ MCH board) ต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน |
| **แหล่งข้อมูล** | หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100,000 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | - | - | - | ไม่เกิน 17 ต่อ  การเกิดมีชีพแสนคน |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | - | - | ไม่เกิน 17 ต่อ  การเกิดมีชีพแสนคน |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | **-** | - | - | ไม่เกิน 15 ต่อ  การเกิดมีชีพแสนคน | | |
| **วิธีการประเมินผล** | เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย |
| **เอกสารสนับสนุน** | - แบบรายงานการตายมารดา CE, หรือแบบรายงาน ก1, หรือแบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆ ถ้ามี)  - มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital) |
| **รายละเอียด**  **ข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | | อัตราส่วนการตายมารดา | อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย | 23.3 | 24.6 | 26.6 | 18.4 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0 2590 4435 โทรศัพท์มือถือ 08 1292 3849 นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ 0 2590 4425 โทรศัพท์มือถือ 08 4681 9667  โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: noi\_55@hotmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผล**  **และจัดทำข้อมูล** | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ โทรศัพท์ 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ 08 6546 5561  โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion & Prevention Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **2.ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด proxy :** | **- ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ**  **- ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า**  **- ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม**  **- ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I** |
| **คำนิยาม** | - เด็กอายุ 0 - 5 ปี **หมายถึง** เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน  - การคัดกรองพัฒนาการ **หมายถึง** ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)  - พัฒนาการสงสัยล่าช้า **หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)  - พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม **หมายถึง** เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2  - พัฒนาการสมวัย **หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)  - เด็กพัฒนาการล่าช้า **หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |   **เกณฑ์เป้าหมาย :** ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 |   **เกณฑ์เป้าหมาย :** ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |   **เกณฑ์เป้าหมาย :** ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 60 |   **เกณฑ์เป้าหมาย :** ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 |   **หมายเหตุ :** เป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่ได้นำมาใช้ในการประเมินใน ปี 2562  แต่นำมาแสดงให้เห็นว่ายังมีการกำหนดเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 85 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)** |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | **สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม** |
| **แหล่งข้อมูล** | **สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** |
| **รายการข้อมูล 1** | **A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)** |
| **รายการข้อมูล 2** | **B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด** |
| **รายการข้อมูล 3** | **C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)** |
| **รายการข้อมูล 4** | **D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)**  **ส่งต่อทันที(1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)** |
| **รายการข้อมูล 5** | **E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2** |
| **รายการข้อมูลที่ 6** | **F = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)** |
| **รายการข้อมูลที่ 7** | **G = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้า** |
| **รายการข้อมูลที่ 8** | **H = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย** **TEDA4I** |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ**  **=**  **2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า**  **=**  **3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม**  **=**  **4.** ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I  **=**  **5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย**  **=** |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (ไม่สะสม) |
| **เกณฑ์การประเมิน :** กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ 4 ตัวชี้วัดดังนี้  **ตัวชึ้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |   **ตัวชึ้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 |   **ตัวชึ้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |   **ตัวชึ้วัด : ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 |   **มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :**  **1.พัฒนากลไก และระบบการส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM**  **และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I**  1.1 พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็ก  โดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I  1.2 คัดกรองพัฒนาการ ติดตาม กระตุ้นเด็กสงสัยล่าช้า  1.3 พัฒนาระบบติดตาม และกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยTEDA4I อย่างต่อเนื่อง  1.4 บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ  เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น  1.5 เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่  **2.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**  2.1 สถานบริการสาธารณสุขจัดบริการที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรฐาน  อนามัยแม่และเด็กและจัดบริการคลินิกนมแม่  2.2 ตรวจเยี่ยมและเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริม  การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560  2.3 รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  **3.ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว**  3.1 หน่วยบริการสาธารณสุขให้ความรู้ จัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยกระบวนการ  กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน เฝ้าระวังพัฒนาการ  3.2 สร้างเครือข่ายหน่วยงานเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการ  และพัฒนาการเด็กปฐมวัย  3.3 สนับสนุนด้านวิชาการให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ  **Small Success :**   | **3เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** | | --- | --- | --- | --- | | **เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.** | | | | | 1. บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA4I รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง  2. เครือข่ายหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมมือดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม  3. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัดและระดับเขต | 1. บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น  2. ร้อยละ 40 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I  3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ คัดกรอง กระตุ้น ติดตามพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี  4. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัดและระดับเขต | 1. รณรงค์การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย  2. ร้อยละ 50 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I  2. ตรวจเยี่ยมการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560  3. อัตราการกินนมแม่ของทารกแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือน  4. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ | 1. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน  1.1 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ  1.2 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า  1.3. ร้อยละ 90 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ  1.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I  2. รณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข  ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน)  การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. **ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข** 2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 3. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล 4. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 5. คู่มือ TEDA4I 6. คู่มือมิสนมแม่ 7. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 8. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **Baseline**  **data\*** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | **1.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (HDC 2561)** | **80.5** | **ร้อยละ** | **ไม่มีข้อมูล** | **80.5** | **81.4** | | **2.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (HDC 2561)** | **16.0** | **ร้อยละ** | **12.0** | **16.0** | **16.4** | | **3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม (HDC 2561)** | **73.3** | **ร้อยละ** | **57.0** | **73.3** | **77.9** | | **4.ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (HDC 2561)** | **38.5** | **ร้อยละ** | **ไม่มีข้อมูล** | **34.2** | **38.5** | | **5.ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย(HDC 2561)** | **95.8** | **ร้อยละ** | **90.6** | **95.8** | **95.5** |   หมายเหตุ :**การตั้งค่าเป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ที่ร้อยละ 85 คิดจากข้อมูลทางวิชาการ พบว่า**  **1. เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ 3.5 - 24.0 (โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ 13.9 และประเทศอิสราเอลพบที่ร้อยละ 8.9 )**  **2. มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี (1997-2008) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.1 ประเทศไต้หวันพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0**  **ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 85 จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว** | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะลีพรรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ  โทรศัพท์ : 02 – 588 3088 ต่อ 3124 E-mail : [teerboon@hotmail.com](mailto:teerboon@hotmail.com)  2 .แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981  โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com | |
| **หน่วยงานประมวลผล**  **และจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย  2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย  3. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต  4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1 .แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981  โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com  2. นางประภาภรณ์ จังพานิช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4433 โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130  โทรสาร : 02 590 4427 E-mail : [paporn11@gmail.com](mailto:paporn11@gmail.com)  3. นางกิติมา พัวพัฒนกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4405 โทรศัพท์มือถือ: -  โทรสาร : - E-mail : puapat@yahoo.com | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **3.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี** |
| **คำนิยาม** | **เด็กอายุ 0 - 5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน  สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ  สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง  **สูงดีสมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)  **ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี** หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน  **1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง** ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี  **มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง** การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการ บูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ  **ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย** หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้   1. ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 2. จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ 3. มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ รายละเอียดในหนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในบริการเครือข่ายปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน | 57 | 60 | 63 | | 2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี  - เด็กชาย (เซนติเมตร)  - เด็กหญิง (เซนติเมตร) | **-** | **-** | 113  112 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย  2. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC WCC และศูนย์เด็กเล็ก  3. เพื่อให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก  4. เพื่อสร้างกระแสและสื่อสารสาธารณะการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็ก |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 0-5 ปี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | 1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี)  2) หมู่บ้าน  3) ศูนย์เด็กเล็ก |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน |
| **รายการข้อมูล 2** | A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง |
| **รายการข้อมูล 3** | A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง |
| **รายการข้อมูล 4** | B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล 5** | B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล 6** | B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล 7** | B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = (B2/ B1) × 100  2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน = (A1 / B2) × 100  3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = (A2 / B3)  4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = (A3 / B4) |
| **ระยะเวลารายงาน** | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (งวดที่ 1 เดือนตุลาคม งวดที่ 2 เดือนมกราคม งวดที่ 3 เดือนเมษายน งวดที่ 4 เดือนกรกฎาคม) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 51 | ร้อยละ 53 | ร้อยละ 55 | ร้อยละ 57 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 57 | ร้อยละ 58 | ร้อยละ 59 | ร้อยละ 60 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 61 | ร้อยละ 62 | ร้อยละ 63 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน  2. มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบ  สุขภาพอำเภอ (พชอ.)  3. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงาน  สาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต  2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์  3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี  4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนฟันไม่ผุ  พัฒนาการสมวัย  5. แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัย  ด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care  Cluster : PCC)  6. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย  7. infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง  8. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง  9. VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **Baseline data\*** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน | 46.3 | ร้อยละ | 47.4 | 49.5 | 50.7 | | ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี | ชาย = 109หญิง = 108.6 | เซนติเมตร  เซนติเมตร | 109.6  108.9 | 110  109.4 | 109.4  108.7 |   \*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางณัฐวรรณ เชาวน์ลิลิตกุล รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ   (ด้านโภชนาการ)  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : nutwan65@gmail.com   1. นายสุพจน์ รื่นเริงกลิ่น ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th  **สำนักโภชนาการ กรมอนามัย** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. นายสุพจน์ รื่นเริงกลิ่น นักโภชนาการชำนาญการ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th   1. นางสาววราภรณ์ จิตอารี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th  **สำนักโภชนาการ กรมอนามัย** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นายสุพจน์ รื่นเริงกลิ่น ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th  2. นางสาววราภรณ์ จิตอารี ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th  **สำนักโภชนาการ กรมอนามัย** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หมวด** | | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** | |
| **แผนที่** | | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** | |
| **โครงการที่** | | **2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น** | |
| **ระดับการวัดผล** | | **ประเทศ** | |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | | **4. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100** | |
| **คำนิยาม** | | **เด็กไทย** **หมายถึง** เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สาธิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ  **ความฉลาดทางสติปัญญา** **หมายถึง** ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น  **ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง** ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = 100 | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย 1.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | วัดผลปี 64 | วัดผลปี 64 | ระดับสติปัญญา  เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 |   **เกณฑ์เป้าหมายย่อย 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 65 | ร้อยละ 70 | | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | 1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย  2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | **เป้าหมาย 1** เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สาธิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ  **เป้าหมายย่อย 1.1** เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า คือ เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้า | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | **เป้าหมาย 1** ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นป.1ทั่วประเทศ  เ**ป้าหมายย่อย 1.1** ปี 2562 – 2565 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดใน แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) (ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ) | |
| **แหล่งข้อมูล** | | **เป้าหมาย 1** ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)  **เป้าหมายย่อย 1.1** ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพ ที่รับผิดชอบ | |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง | |
| **รายการข้อมูล 2** | | B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ | |
| **รายการข้อมูล 3** | | C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I | |
| **รายการข้อมูล 4** | | D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | 1.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 = (A/B)  2.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I = (C/D) x 100 | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 4 | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | 1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 60 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | 1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 65 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | 1.ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100  1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 70 | | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | * บทความฟื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555 * รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | 1.ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย | - | 98.23 | - | - | | 1.1ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I | ร้อยละ | 80.05  (ใช้ข้อมูลการรายงานจากพื้นที่) | 78.93  (ใช้ข้อมูลการรายงานจากพื้นที่) | 34.41  (15 ส.ค.61) | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1. ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ70902**,** 70305  โทรสาร : 02-2488903  2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ7039 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981  โทรสาร : 02-6402034 E-mail : [janarpar@gmail.com](mailto:janarpar@gmail.com) | |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | | สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981  โทรสาร : 02-6402034 E-mail :janarpar@gmail.com  **กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต** | |
| **หมวด** | **Promotion Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** | |
| **แผนที่** | **1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** | |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น** | |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **5. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน** | |
| **คำนิยาม** | **เด็กวัยเรียน** **หมายถึง** เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)  **โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด** **หมายถึง** โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)  **ภาวะเตี้ย** **หมายถึง** ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า – 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากมีการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ  **ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน** **หมายถึง**  น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542  **ภาวะผอม** **หมายถึง** น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า –2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน  **สูงดี** **หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D. ของส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ  **สมส่วน** **หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 S.D. ถึง -1.5 S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง  **เด็กสูงดีสมส่วน** **หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)  **ส่วนสูงเฉลี่ย** **หมายถึง** ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน) | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 1.ร้อยละเด็กวัยเรียน  (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน | 68 | 69 | 69 | | 2.ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี  -เด็กชาย (เซนติเมตร)  -เด็กหญิง (เซนติเมตร) | - | - | 154  155 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3 ) | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข | |
| **แหล่งข้อมูล** | ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | |
| **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 ทุกคนที่เรียนในเขตรับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในเขตและ  นอกเขตรับผิดชอบ) | |
| **รายการข้อมูล 9** | B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด | |
| **รายการข้อมูล 10** | B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด**  สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน(Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการโดยภาพรวม | 1.ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = (A1/B1) x 100  2.ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = (A2/B1) x 100  3.ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = (A3/B1) x 100  4.ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = (A4/B1) x 100  5.ความครอบคลุม = (B1/B2) x 100  6.ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = (A5 / B3)  7.ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = (A6 / B4) | |
| **ระยะเวลารายงาน** | วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ :  ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค.  ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.  ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค.  ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | 68 |  | 68 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | 69 |  | 69 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | 69 |  | 69 |   **หมายเหตุ**  **ค่าเป้าหมายรายเขตสุขภาพ ร้อยละเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน**   |  |  | | --- | --- | | **เขตสุขภาพ** | **ค่าเป้าหมายปี 2562** | | เขต 1 เชียงใหม่ | 65 | | เขต 2 พิษณุโลก | 66 | | เขต 3 นครสวรรค์ | 66 | | เขต 4 สระบุรี | 70 | | เขต 5 ราชบุรี | 66 | | เขต 6 ชลบุรี | 68 | | เขต 7 ขอนแก่น | 71 | | เขต 8 อุดรธานี | 69 | | เขต 9 นครราชสีมา | 74 | | เขต 10 อุบลราชธานี | 69 | | เขต 11 นครศรีธรรมราช | 66 | | เขต 12 ยะลา | 65 | | ภาพรวมประเทศ | 68 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1**.**จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้  1.1 จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด โดยมี PM ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ขับเคลื่อนงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน  1.2 จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ในเด็กวัยเรียน รวมทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และดำเนินการตามแผน  1.3 จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหา ทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย )  - รณรงค์ดื่มนมจืด ปีละ 2 ครั้ง ในวันเด็กแห่งชาติและวันดื่มนมโลก  - ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการอย่างน้อย จังหวัดละ 3-5 โรงเรียน  - พัฒนาศักยภาพ Smart Kids Coacher ระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วนและจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย)  - จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อส่งเสริมการบริโภคผัก นม ไข่ ที่เป็นรูปธรรม  - ผลักดันให้มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงจากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุข ให้ครอบคลุมทุกระดับ  1.4 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้  ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค.  ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.  ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค.  ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.  1.5 รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขต ตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่  - จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ  - จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ Smart Kids Coacher  - จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ดื่มนมจืดเนื่องในวันเด็กแห่งชาติและวันดื่มนมโลก  - รายงานจำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ จากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุข  2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้  2.1 รายงานงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส  2.2 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS)   E-book : http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html  PDF :http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3.pdf   1. แผ่นพับส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย 2. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC 3. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 4. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 5. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง”สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 6. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 7. หนังสือเมนุผักกุ๊กน้อย 4 ภาค | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน | ร้อยละ | 63.2 | 65.2 | 65.5 | | เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม | ร้อยละ | 5.6 | 5.0 | 4.7 | | เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน | ร้อยละ | 11.1 | 11.1 | 11.8 | | เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย | ร้อยละ | 5.9 | 5.1 | 5.7 | | ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี\* วัดผลที่ปี 2564 | เซนติเมตร | - | - | ชาย = 148.6  หญิง =149.9 |   หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1.แพทย์หญิงพรเลขา บรรหารศุภวาท นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : ponlekha@anamai.mail.go.th  2. นางสาวพรวิภา ดาวดวง นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th  **กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย** | |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข  กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย  02-5904336 | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1.นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ นักโภชนาการปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th  **กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย**  2.นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารุกิตติ์ นักโภชนาการปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904339 E-mail : sureerat.pi@anamai.mail.go.th  **กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี** |
| **คำนิยาม** | จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ  15-19 ปี 1,000 คน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** (อัตราต่อพัน)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปี 2562** | **ปี 2563** | **ปี 2564** | | 38 | 36 | 34 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูล 1** | ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย |
| **แหล่งข้อมูล 2** | ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี  ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor)  ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ  (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1** | อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A/B) X 1,000 |
| **รายการข้อมูล 3 (adjusted)** | A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร์ ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา  B: อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี)  ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2561 X 4  ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2561 X 4/2  ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2561 X 4/3  ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2** | AXB |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 38 | 38 | 38 | 38 |   **Small success**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ส่วนกลาง** | | | | | 1. มีการประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น  2. มีการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น  3.มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น | 1. มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฎิบัติการฯ พ.ศ. 2562 ภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569  2. มีการติดตามการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร  3. สนับสนุนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเขต/จังหวัดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตสุขภาพ ผ่านกลไกคณะกรรมการระดับชาติ | 1. กฎกระทรวงสาธารณสุขภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีผลบังคับใช้  2. มีนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะชีวิตให้แก่วัยรุ่นและเยาวชน  3. มีการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น | 1. มีการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น  2. มีการรายงานผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น  3. มีผลการติดตามการดำเนินงานตามแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น  4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน | | **เขตสุขภาพ/ สสจ./กรมวิชาการระดับเขต(ศูนย์อนามัย สนง.ป้องกันควบคุมโรค ศูนย์สุขภาพจิต)** | | | | | 1. คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานครมีการประชุมหรือมีการกำหนดแผนการประชุม ประจำปี 2562  2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด  3. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ  4. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น | 1.ประสานงานและสนับสนุนการจัดประชุมอนุกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของอนุกรรมการฯ  2. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขต  3. ศูนย์อนามัย สคร. ศูนย์สุขภาพจิตและ สสจ.มีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น  4. มีการดำเนินงานตามแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น | 1. มีการเยี่ยมประเมินและรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์  2. มีการขยายบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นหลังคลอดหรือหลังแท้งที่มีประสิทธิภาพ  3. มีการขยาย อปท.ที่เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น  4. มีเครือข่ายการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยภายใต้ระบบประสุขภาพครอบคลุมทุกจังหวัด | 1. มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดจำนวน 2 ครั้ง  2. มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด  3. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย  4. อัตราการคลอดในระดับเขตลดลงตามเป้าหมาย | | **อำเภอ/รพช./รพท./รพศ.** | | | | | 1. คณะกรรมการพัฒนานาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น  2. มีการบรรจุเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ  3. มีแผนการจัดหาเวชภัณฑ์การให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งให้แก่วัยรุ่นอย่างเพียงพอ พร้อมสำหรับให้บริการ | 1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง  2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ | 1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง  2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ | 1. วัยรุ่นในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่หลากหลายอย่างทั่วถึง  2. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 36 | 36 | 36 | 36 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 34 | 34 | 34 | 34 | | |
| **รอบระยะเวลาประเมินผล** | **รอบที่ 1:** 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2561–กุมภาพันธ์ 2562)  = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted)  **รอบที่ 2** : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2562–กรกฎาคม 2562)  = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted) |
| **มาตรการสำคัญ** | มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล ให้บรรลุผล : PIRAB (P=Partnership, I=Investment, R=Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)  **P=Partnership /R=Regulation:**   1. เร่งรัดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ผ่านกลไกของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการระดับชาติ เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม 2. เร่งรัดการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัด   **Building capacity:**   1. พัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติงานบริการวัยรุ่นระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่   **Investment:**   1. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น โดยเฉพาะในด้านการได้รับบริการให้คำปรึกษาวางแผนครอบครัวหลังคลอดหรือหลังแท้งที่มีคุณภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อให้มีเวชภัณฑ์การคุมกำเนิดพร้อมสำหรับการให้บริการ   **P=Partnership**   1. ส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพในการให้บริการวัยรุ่นตามมาตรฐานโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และส่งเสริมเครือข่ายการดำเนินงานระดับพื้นที่ด้วยการส่งเสริมกลไกอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์   **Advocacy:**   1. สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลายหลายตรงตามความต้องการ |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **25560** | | อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี  (อัตราการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎร์) | อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน | 44.8 | 42.5 | 39.6 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276  โทรสาร : 02-5904163 E-mail : Bunyarit\_su@hotmail.com  2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339  โทรสาร : 02-5904163 E-mail : am-piyarat@hotmail.com  **สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339  โทรสาร : 02-5904163 E-mail :am-piyarat@hotmail.com   1. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู นักวิชาการคอมพิวเตอร์   โทรศัพ์ที่ทำงาน : 0 2590 4167 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339  โทรสาร 02-590-4163 Email : poppysunko.j@gmail.com  สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion & Prevention Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **7.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์** |
| **คำนิยาม** | มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้  1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว  2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ  3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ  4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ ทีมหมอครอบครัว  5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล  6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)  7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล  **หมายเหตุ**: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ  - ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ  - มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการ ป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 95 |   **เกณฑ์เป้าหมาย** : | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม จากทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี “ สังคมไทย สังคมสูงวัย ไม่ทอดทิ้งกัน ”  2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาล เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. จังหวัดรายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต 2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน |
| **แหล่งข้อมูล** | - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ  - ศูนย์อนามัยที่ 1-12/ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง/ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ  - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)  ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลารายงาน** | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม มาตรการและกฎหมาย ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน  2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด  3) มีการพัฒนาระบบการจัดทำรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) | 1) พัฒนาคู่มือ/แนวทาง การอบรมเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติงานของ Care Manager/ Caregiver  2) พัฒนาแนวทางการประเมินคัดกรองดูแลผู้สูงอายุ  3) มีช่องทางการสื่อสารระบบข้อมูล Long Term Care ผ่านระบบ Digital On line  4) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลผ่านระบบ Care Plan ออนไลน์  5.มีระบบโปรแกรมการ ขึ้นทะเบียน ของ Care Manager/ Caregiver ออนไลน์ | 1) มีแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบ องค์รวม เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ  2) มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง ด้วยนวัตกรรม Application และ Digital | 1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 13 เรื่อง  2) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงาน  3) มีบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม  4) มีรายงานผลการดำเนินงาน Long Term Care ประจำเดือน/ราย ไตรมาสและรายปี ตามระบบโปรแกรมการรายงานผลการดำเนินงานในระดับสสจ./ศูนย์อนามัย |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวมและชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน  2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด  3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ | 1) พัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน  2) พัฒนาคู่มือ/แนวทาง การการอบรมเพิ่มพูนทักษะCare Manager/ Caregiver  3) พัฒนาคู่มือ/แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community | 1) มีแนวทางการดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care”  2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม.  3) มีระบบแสดงผลผู้ ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map | 1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 26 เรื่อง  2) มีบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม ที่เป็นปัจจุบัน  3)มีคู่มือ /แนวทางการติดตาม ควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตรและ ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม.  4) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ  5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวมและชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน  2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด  3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ | 1) มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในรูปแบบออนไลน์  2) มีการพัฒนาคู่มือ/แนวทาง การอบรมเพิ่มพูนทักษะ Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์  3) มีการพัฒนาคู่มือ / แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ | 1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care” อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง (13 แห่ง )  2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม.  3) มีระบบแสดงผลผู้ ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map | 1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application อย่างน้อย 1 เรื่อง/เขตสุขภาพ  2) มีการจัดทำระบบรายงานบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม ผ่านระบบออนไลน์  3) มีระบบการติดตาม ควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ชม.และ 420 ชม.  4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ  5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร |   **ปี 2565:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวมและชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน  2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด  3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ | 1) มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในรูปแบบออนไลน์  2) มีการพัฒนาคู่มือ/แนวทาง การอบรมเพิ่มพูนทักษะ Care manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์  3) มีการพัฒนาคู่มือ / แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ | 1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care” อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 แห่ง (26 แห่ง )  2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม.  3) มีระบบแสดงผล ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map | 1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application อย่างน้อย 2 เรื่อง/ เขตสุขภาพ  2) มีการจัดทำระบบรายงานบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม ผ่านระบบออนไลน์  3) มีระบบการติดตาม ควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ชม.และ 420 ชม.  4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ  5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ 2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส   3. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ 3, 6 , 9 และ 12 เดือน |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1.คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager  4.คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver 70 ชม. และ 420 ชม. กระทรวงสาธารณสุข  5. คู่มือและ Application การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม “สูงวัย สมองดี” |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ | 27 ทุกตำบลทั่ว ประเทศ  1,958 ตำบล  (จาก 7,255 ตำบล  ทั่วประเทศ)  ประเมิน  6 องค์ประกอบ  (องค์ประกอบ ข้อที่ 1-6) | 74.5 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบล  นำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)  794 ตำบล  (จาก 7,255 ตำบล  ทั่วประเทศ) ประเมิน  7 องค์ประกอบ | 81.2  (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 4,469 ตำบล)  3,628 ตำบล  (จาก 7,255 ตำบล  ทั่วประเทศ)ประเมิน  7 องค์ประกอบ | 71.7  ทุกตำบลทั่ว ประเทศ  (จาก 7,255 ตำบล  ทั่วประเทศ)ประเมิน  7  องค์ประกอบ | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย  โทรศัพท์ 0 2590 4503 E-mail: kitti.l@anamai.mail.go.th  2. นางวิมล บ้านพวน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย   โทรศัพท์ 0 2590 4509 โทรศัพท์มือถือ 09 7241 9729  E-mail: [vimol.b@anamai.mail.go.th](mailto:vimol.b@anamai.mail.go.th) |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางรัชนี บุญเรืองศรี นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 09 9616 5396  โทรสาร : - E-mail: [rachanee.b@anamai.mail.go.th](mailto:rachanee.b@anamai.mail.go.th)  2. นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4500 โทรศัพท์มือถือ : 08 1454 3563  โทรสาร : - E-mail: [orawannee.a@anamai.mail.go.th](mailto:orawannee.a@anamai.mail.go.th)  สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ** |
| **โครงการ** | **1 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **8.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | **การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง** การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและระดับจังหวัด  **อำเภอ หมายถึง** เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทุกอำเภอ ( 878 อำเภอ) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | การรายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 3 และ 4 |
| **เกณฑ์ประเมิน**  **ปี 2562**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | มีการประชุม คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา  อย่างน้อย 2 ประเด็น | -มีคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด  -มีการบริหารจัดการ  ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต | มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต | อำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต  ร้อยละ 60 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น  2.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต  3.มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต ร้อยละ 60 |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561  2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561  3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561  4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | |  |  |  |  |  | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง  นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536  โทรสาร :02 590 1239 E-mail : yyt2508@gmail.com  2. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์  สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิต  ระดับพื้นที่  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536  โทรสาร :02 590 1239 E-mail : swiriya04@gmail.com  3. นพ.ธีรพงษ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1761 โทรศัพท์มือถือ : 087150 3030  โทรสาร : 0 2590 1802 E-mail : [ttunakh@gmail.com](mailto:ttunakh@gmail.com)  4. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐม  ภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536  โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : peed.pr@hotmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่  กองบริหารการสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901939 โทรศัพท์มือถือ : 0817333082  โทรสาร : 025901938 E-mail : jchanohet@gmail.com  สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901743 โทรศัพท์มือถือ : 0898296454  โทรสาร : 025901641 E-mail : kavalinc@hotmail.com  กองบริหารการสาธารณสุข  3. นางสมสินี เกษมศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901630 โทรศัพท์มือถือ : 0817472052  โทรสาร : 025901641 E-mail : [somnee@hotmail.com](mailto:somnee@hotmail.com)  กองบริหารการสาธารณสุข  4. นางเอื้อมพร จันทร์ทองนักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0811316800  โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : auam2702@gmail.com  สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ |

**เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)**

ร้อยละ60 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

**เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)**

1. การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

**เอกสารแนบท้าย**

1. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

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

2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

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

| **UCARE** | **1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ** | **2 ขยายการดำเนินการ** | **3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม** | **4 เรียนรู้** | **5 บูรณาการ** | **คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unity Team** | มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ | มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น  และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย | cross functionalเป็นteam ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน  โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน | fully integrateเป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวราบ  โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย | ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ | ***ทีมสุขภาพ (Health Team)*** *หมายถึง ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)* |
| **Customer Focus** | มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive | มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง | มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน | มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น | ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ | ***ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need )*** *หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู)และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)* |
| **Appreciation** | มีแนวทาง หรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ  **Community Participation** | ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ ในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น | ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม | ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น | ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล จนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ |  |
|  | มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากร | มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ | ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน(engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ | เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท | สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ | ***ความผูกพัน*** *(engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร* |
| **Resources Sharing and Human Development** | มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน | มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ในบางประเด็น หรือบางระบบ | มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ | มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น | มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกั้น) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน | ***Resource****หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน* |
| **Essential Care** | มีแนวทาง หรือเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน | มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท และตามความต้องการของผู้รับ บริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสูง | มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท ตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ | มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแลสุขภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น | มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี | ***Essential Care****หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ* |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention &Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **4. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **9. ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง** |
| **คำนิยาม** | **ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง** หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5  **ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC)** หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วยด้วย  **ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT)** หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ  **การพัฒนาศูนย์ EOC** หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้  ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ  ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึงห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร  ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถระดมมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ ให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น  All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข  Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ  จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 95 | ร้อยละ 100 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | จังหวัดทุกจังหวัด |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด |
| **แหล่งข้อมูล** | ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้นตอน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562 - 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 และ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ปี 2562 นับจำนวนหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้น (ร้อยละ 90)**  ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย  ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้  ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้  ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้  ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้  **ข้อมูลสนับสนุน**  **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 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 95 | ร้อยละ 100 |  | **ขั้นตอนที่** | **รายละเอียดการดำเนินงาน** | **เอกสาร/หลักฐาน**  **ประกอบการประเมินผล** | | --- | --- | --- | | 1 | **ผู้บริหาร และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ**ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด **ทุกคน**ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร)  **หมายเหตุ:**  1. ผู้บริหาร หมายถึง นพ.สสจ., ผชช.ว., ผชช.ส. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด  (ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร ในปีงบประมาณ 2561 ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการอบรมซ้ำ)  2. หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หมายถึง หัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และหัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร รวมจังหวัดละ 2 คน | 1. คำสั่งแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด  2. รายชื่อผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการระดับจังหวัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) (จำนวน 9 ชั่วโมง) | | 2 | ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด สามารถเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้ | 1. **ตารางการปฏิบัติงาน**ของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด เป็นรายปี โดยระบุผู้ประสานงานหลักด้านข้อมูลเป็นรายสัปดาห์  2. รายงานการตรวจสอบข่าวการเกิดโรคและภัยที่ผิดปกติประจำสัปดาห์ (**SAT Weekly report**) **ทุกสัปดาห์**  3. Spot Report ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด  **หมายเหตุ :** นับเป็นปีงบประมาณ | | 3 | วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด พร้อมทั้งจัดทำรายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญเหล่านั้น | - รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ **(Rapid Risk Assessment, RRA)** ระดับจังหวัดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด**อย่างน้อย 2 ฉบับ**  - รายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญ | | 4 | จัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)  **หมายเหตุ :** หน่วยงานในระดับจังหวัดหมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(ระดับจังหวัด ถึงระดับอำเภอ) | ทะเบียนรายชื่ออัตรากำลังคนของหน่วยงานที่เข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ) | | 5 | นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย 1 ครั้ง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผน ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะ หรือฝึกปฏิบัติจริงตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน) | 1. **รายงานผล**การบัญชาการเหตุการณ์และปฏิบัติงานตาม IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข  2. หรือ มี**รายงานการฝึกซ้อม**แผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์ม IAP  3. กรณีมีการ Activate EOC ต้องส่ง **Weekly Report** ให้ สคร. จนกว่าจะ Deactivate EOC | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง)  2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค  3. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ** | | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | **ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง** | ระดับ | ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2562 | | | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903155 โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885  2. นางสุธิดา วรโชติธนัน นักวิชาการวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903246 โทรศัพท์มือถือ : 085 246 9652  โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : suwor@yahoo.com  3. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3159 โทรศัพท์มือถือ : 081 356 1791  โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : un\_run@yahoo.com  4. น.ส.กีรติกานต์ กลัดสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3158 โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866  โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com  5. น.ส.ศิณีนาถ กุลาวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 081 165 3731  โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : nuy\_phnu@hotmail.com  6. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550  โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : milkthanatcha@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสุธิดา วรโชติธนัน นักวิชาการวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903246 โทรศัพท์มือถือ : 085 246 9652  โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : suwor@yahoo.com  3. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3159 โทรศัพท์มือถือ : 081 356 1791  โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : un\_run@yahoo.com  4. น.ส.กีรติกานต์ กลัดสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3158 โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866  โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com  5. น.ส.ศิณีนาถ กุลาวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 081 165 3731  โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : nuy\_phnu@hotmail.com  6. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550  โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : milkthanatcha@gmail.com |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | | **2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | | **10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน** |
| **ตัวชี้วัดย่อย** | | **10.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน**  **10.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน** |
| **คำนิยาม** | | **อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน**  1 **กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM)** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl หรือค่าระดับRPG 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ  2 **ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง  **อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน**  **1 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ  2 **การวัดความดันโลหิตที่บ้าน** หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน\* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุขแล้ว |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **2562** | **2563** | **2564** | | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | ≤ร้อยละ 2.05 | ≤ร้อยละ 1.95 | ≤ร้อยละ 1.85 | | อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | ≥ร้อยละ 30 | ≥ร้อยละ 40 | ≥ร้อยละ 50 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | 1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน  2. เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยขั้นต้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | 1.ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3  2.ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ type area 1,3 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | 1.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2.กรณีการวัดความดันโลหิตที่บ้านจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบ HDC |
| **แหล่งข้อมูล** | | ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | | A1 = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ |
| **รายการข้อมูล 2** | | B1 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน  ในปีงบประมาณที่ผ่านมา |
| **รายการข้อมูล 3** | | A2 = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน |
| **รายการข้อมูล 4** | | B2 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | 1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = (A1/B1) x 100  2.อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = (A2/B2) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์ |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | - | - | - | ≤ร้อยละ 2.05 | | อัตราประชากร Pre-DMในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ≥ร้อยละ 30 | ≥ร้อยละ 50 | ≥ร้อยละ 70 | ≥ร้อยละ 90 | | อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | **-** | ≥ร้อยละ 10 | ≥ร้อยละ 20 | ≥ร้อยละ 30 |   **หมายเหตุ** : \*คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ  1. งดสูบบุหรี่ และดมควันบุหรี่  2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม2 ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปีด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)  3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์  4. สถานบริการมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 วิธี  \*\* วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ติดตามจากระบบรายงานใน HDC | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ** | | | | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | 1.อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | อัตรา | 2.09 | 2.40 | 1.80 | 1.89 | | 2.อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | อัตรา | - | - | - | 26.80 |   ที่มา : 1.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 กันยายน 2561  2.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2561 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5903973 E-mail : [Sasitth@gmail.com](mailto:Sasitth@gmail.com)  2.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5903964 E-mail : jurekong@hotmail.com  **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค** | |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค** | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | **อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน**  1.นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5903964 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com  2. นางสาววรัญญา ผกาผล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-59039688 E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com  3.นางสาวสุภาพร หน่อคำ นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-59039688 E-mail : [maymmay2343@gmail.com](mailto:maymmay2343@gmail.com)  4.นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-59039688 E-mail : rukmoei@hotmail.com  **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**  **อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน**   1. นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5903964 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com  2. นางสาวอลิสรา อยู่เลิศลบ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5903964 E-mail : alissara2559@gmail.com  3. นางสาวอีสตีน่า อุสนุน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5903986 E-mail : [isteena\_143@hotmail.com](mailto:isteena_143@hotmail.com)  **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **PromotionPrevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนงานที่** | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **11.ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน**  **ตามเกณฑ์ที่กำหนด** |
| **ตัวชี้วัดย่อย** | **11.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัย**  **11.2 ร้อยละของยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์** |
| **คำนิยาม** | 1. **ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด** หมายถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้แก่  * ผักและผลไม้สด, นมโรงเรียน, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และเครื่องสำอางที่ได้รับการตรวจสอบมี ความปลอดภัย และ * ยาแผนโบราณมีความปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์  1. **ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง    1. **ผักและผลไม้สด**   **2.1.1 ผักและผลไม้สด** หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ. 2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดหรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี  **2.1.2 สารเคมีกำจัดศัตรูพืช** หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโน-ฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์   * 1. **นมโรงเรียน** หมายถึง ผลิตภัณฑ์นมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ. 2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งจำหน่ายภายใต้โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน เท่านั้น   2. **ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ**   - **ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย** หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร กาแฟ หรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 2560 – 2561 พบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist)  **2.4 เครื่องสําอาง** หมายถึง วัตถุที่มุ่งหมายสําหรับใช้ทา ถูนวด โรย พ่น หยอด ใส่ อบ หรือกระทําด้วยวิธีอื่นใดกับส่วนภายนอกของร่างกายมนุษย์และให้หมายความรวมถึงการใช้กับฟันและเยื่อบุในช่องปากโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสะอาด ความสวยงาม หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏ หรือระงับกลิ่นกาย หรือปกป้องดูแลส่วนต่าง ๆ นั้น ให้อยู่ในสภาพดีและรวมตลอดทั้งเครื่องประทินต่าง ๆ สําหรับผิวด้วย แต่ไม่รวมถึงเครื่องประดับและเครื่องแต่งตัวซึ่งเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย  **2.5 ยาแผนโบราณ**  **- ยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ยาแผนโบราณที่มีทะเบียนตำรับตามกฎหมาย ที่อยู่ในครัวเรือนของผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วย โรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งใน 7 โรค ดังนี้  1) โรคเก๊า  2) โรคไขมัน  3) เบาหวาน  4) ความดัน  5) หอบหืด  6) ข้อเสื่อม  7) CKD   1. **การตรวจสอบ** หมายถึง การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงจากสถานที่เก็บตัวอย่างตามที่กำหนด เพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และเก็บตัวอย่างยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยง จากครัวเรือนของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างมาทดสอบด้วยชุดทดสอบ อย่างง่าย โดยไม่นับรวม เรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกเฉินหรือวิเคราะห์ซ้ำ   หมายเหตุ : การรายงานผลการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ให้แยกผลการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการและผลการทดสอบเบื้องต้นโดยชุดทดสอบเบื้องต้นให้ชัดเจน   1. **แผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง แผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม   หมายเหตุ : รายละเอียดการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม ตามเอกสารแนบ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 80 | 80 | 80 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทั่วประเทศ จำแนกเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการโดยส่วนกลางและ ส่วนภูมิภาค |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมจากผลการตรวจสอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำเข้าในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานทุกไตรมาส |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A1-4 = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม ได้แก่ A1.= ผักและผลไม้สด, A2 = นมโรงเรียน, A3 = ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และ A4 = เครื่องสำอาง ที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการมีความปลอดภัย |
| **รายการข้อมูล 2** | B1-4 = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม ได้แก่ B1.= ผักและผลไม้สด, B2. นมโรงเรียน, B3 = ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และ B4 = เครื่องสำอาง ที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนยาแผนโบราณที่ปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์ (ตรวจพบจากชุดทดสอบอย่างง่าย) |
| **รายการข้อมูล 4** | D = จำนวนยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่นำมาตรวจ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | [[(A1/B1 x 100)+(Ai /Bi x 100)] + [(C/D) x 100]]/5 หมายเหตุ : i คือ ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ 1 – 4 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 4 ครั้ง/ปี รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน |
| **เกณฑ์การประเมิน :** ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด  **ปี 2562 - 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง** | | | | | มีแผน/โครงการจัดการ  ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง  ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค  (ส่วนกลาง หมายถึง พื้นที่กทม.  ใช้แผนจัดการความเสี่ยง ผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. สำหรับส่วนภูมิภาคให้จัดทำ  แผนจัดการความเสี่ยง  ในส่วนภูมิภาค | ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 50 จากเป้าหมาย | ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 100 จากเป้าหมายรวม | ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้มาตรฐาน  ร้อยละ 80 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **เอกสารสนับสนุน :** | - |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด | ร้อยละ | - | 77.32 | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **1. ผักและผลไม้สด**  **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ** :  นางสาววรดา อ่ำบุญ สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)  โทรศัพท์ : 02-590-7014 E-mail : law.dreamt@gmail.com  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** :  นางสาวอรสุรางค์ ธีระวัฒน์ สำนักอาหาร อย.  โทรศัพท์ : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136  โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com  **2. นมโรงเรียน**  **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ** :  นางสาวโชตินภา เหล่าไพบูลย์ สำนักอาหาร อย.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 081-055-7988  โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : [fda.schoolmilk@gmail.com](mailto:fda.schoolmilk@gmail.com)  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** :  นางสาวอรสุรางค์ ธีระวัฒน์ สำนักอาหาร อย.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136  โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com  **3.** **ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ**  **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ** :  นางสาวกนกเนตร รัตนจันท สำนักอาหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381  โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : [knrc@fda.moph.go.th](mailto:knrc@fda.moph.go.th)  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** :  นางสาวอรสุรางค์ ธีระวัฒน์ สำนักอาหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136  โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : [planning.food@gmail.com](mailto:planning.food@gmail.com)  **4. เครื่องสําอาง**  **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการและผู้ประสานงานตัวชี้วัด** :  นายฉัตรชัย พานิชศุภภรณ์ สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย อย.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7277 โทรสาร : 02-591-8468  **5. ยาแผนโบราณ**  **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการและผู้ประสานงานตัวชี้วัด** :  ภก วราวุธ เสริมสินสิริ สำนักยา อย.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-9623 โทรศัพท์มือถือ : 089-796-1437  E-mail : varavoot@hormail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **ผู้รับผิดชอบ**  **การรายงานผล**  **การดำเนินงาน** | **ส่วนภูมิภาค**  1.นายอาทิตย์ พันเดช ตำแหน่ง : เภสัชกรชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7383 โทรศัพท์มือถือ : 084-795-6951  โทรสาร : 02-591-8484 E-mail : artypun@gmail.com  กองส่งเสริมงานคุ้มครองฯ (คบ)  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  **ส่วนกลาง**  1. นางนิธิวดี บัตรพรรธนะ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 093-329-6998  โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : pattana@fda.moph.go.th  กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ อย. |

**เอกสารแนบ**

**ประเด็น : ผักและผลไม้**

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัดที่ 1 :**  **ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :** | **ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)**  **ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | 1. **ผักและผลไม้สด** หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ. 2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี 2. **สารเคมีกำจัดศัตรูพืช** หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโน-ฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์ 3. **สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด** หมายถึง สถานที่ผลิตตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ.2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) หรือสถานที่จำหน่าย |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จัดเก็บจากแบบรายงาน ดังนี้   1. **กิจกรรมการตรวจประเมินและพัฒนาสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด**   1.1 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่ได้รับการสำรวจตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ.2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โดยจัดส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัด 1-1)  1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจประเมินและพัฒนาสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามหลักเกณฑ์กำหนด วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก ดังนี้  1.2.1 กรณีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดผ่านเกณฑ์และได้รับการอนุญาตแล้ว ขอให้ สสจ. บันทึกข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1  1.2.3 กรณีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดไม่ผ่านเกณฑ์ (อยู่ระหว่างการพัฒนาหรือขออนุญาต) ขอให้ สสจ.ดำเนินการ ดังนี้  (1) ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด โดยใช้แบบฟอร์ม ตส 13 (60)  (2) ให้คำแนะนำในการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด  (3) บันทึกข้อมูลในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 |
|  | 1. **กิจกรรมการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่าย**   2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วางแผนการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด โดยใช้ผลการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด ปีงบประมาณ 2561 เป็นข้อมูล โดยมีเป้าหมายจังหวัดละ 7 ตัวอย่าง  2.1.1 ขอให้ สสจ. นำข้อมูลผลการเฝ้าระวังผักและผลไม้สดปีงบประมาณ 2561 ที่พบตกมาตรฐาน มาเป็นเป้าหมายการเฝ้าระวังปีงบประมาณ 2562 โดยสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่เก็บตัวอย่างเดิม  2.1.2 กรณีข้อมูลที่พบตกมาตรฐานไม่ถึงจำนวนเป้าหมาย หรือข้อมูลผลการเฝ้าระวังปีงบประมาณ 2561 ไม่พบตกมาตรฐาน ขอให้ สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักหรือผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่าย โดยพิจารณาข้อมูลตามความเสี่ยงของสถานการณ์ภาพรวมทั้งประเทศหรือพื้นที่  2.2 สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักหรือผลไม้สด จำนวนจังหวัดละ 7 ตัวอย่าง ตามแผนที่กำหนดในข้อ 2.1 และบันทึกข้อมูลในใบนำส่งตัวอย่าง  วิธีการเก็บตัวอย่าง   1. ปริมาณตัวอย่าง   - ตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดกลาง เช่น ส้ม แตงกวา พริก เป็นต้น **เก็บตัวอย่างปริมาณ 1 กิโลกรัม/ตัวอย่าง**  - ตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น กะหล่ำปลี แตงโม เป็นต้น **เก็บตัวอย่างปริมาณ 2 กิโลกรัม/ตัวอย่าง**  2) นำตัวอย่างผักหรือผลไม้สด มาบรรจุในภาชนะบรรจุสำหรับเก็บตัวอย่าง เช่น ถุงพลาสติก คาดเทปกาวปิดภาชนะบรรจุที่บรรจุตัวอย่าง โดยให้รวบปากถุงแล้วคาดเทปกาวพันรอบปากถุง  3) ติดป้ายชี้บ่ง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ชื่อตัวอย่าง ชื่อ-ที่ตั้งสถานที่เก็บตัวอย่าง จำนวนหรือปริมาณ วันที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง บนภาชนะที่บรรจุตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว (ควรเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิเย็น หรือบรรจุอุปกรณ์รักษาความเย็น (เช่น ice pack หรือน้ำแข็ง) ไว้ในกล่องที่เก็บตัวอย่างด้วย เพื่อควบคุมอุณหภูมิของผลิตภัณฑ์ตลอดระยะเวลาการขนส่ง)  2.3 สสจ. ส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ในวันจันทร์-พุธ ภายในเดือนที่กำหนด โดยส่งไปยังสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ **โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่าง ดังนี้**  1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า **“ผักและผลไม้สด” ด้วยตัวอักษร สีแดง**  2) ในช่องหมายเหตุระบุว่า  - “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด โครงการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด งบประมาณ พ.ศ. 2562”  - ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (กอง คบ.)  2.4 บันทึกข้อมูลและรายงานผลในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2  2.5 กรณีผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สดไม่เป็นไปตามกฎหมาย ขอให้ สสจ. ดำเนินการทางกฎหมาย |
| **แหล่งข้อมูล** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 2** | B1 = จำนวนของผักและผลไม้สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A1/B1) X 100 |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214 |
| **วิธีการรายงาน/ความถี่ ในการรายงาน** | รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือ แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา  (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงาน ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **ครั้งที่** | **ระยะเวลาการรายงาน** | | 1 | ภายใน 20 ธ.ค. 61 | | 2 | ภายใน 20 มี.ค. 62 | | 3 | ภายใน 20 พ.ค. 62 |   หมายเหตุ : ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป |
| **หน่วยงานที่รายงาน** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ**  นางสาววรดา อ่ำบุญ สำนักอาหาร  โทรศัพท์ : 02-590-7014 E-mail : law.dreamt@gmail.com  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**  นางสาวอรสุรางค์ ธีระวัฒน์ สำนักอาหาร  โทรศัพท์ : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136  โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูล** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| **การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์** | ใช้ในการเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด เพื่อวางแผนการเก็บตัวอย่างและหามาตรการจัดการต่อไป |

**แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1**



**แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2**



**ประเด็น : นมโรงเรียน**

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัดที่ 1 :**  **ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :** | **ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)**  **ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | **นมโรงเรียน** คือ ผลิตภัณฑ์นมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ. 2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งจำหน่ายภายใต้โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน เท่านั้น |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จัดเก็บจากแบบรายงาน ดังนี้   1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) ดำเนินการ ดังนี้   1.1 กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี  1.1.1 ตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน**ทุกแห่งในจังหวัด** ตามหลักเกณฑ์ GMP  (1) นมโคชนิดพาสเจอร์ไรส์ตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 298) พ.ศ.2549 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์นมพร้อมบริโภคชนิดเหลวที่ผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อด้วยความร้อนโดยวิธีพาสเจอร์ไรส์ โดยใช้**แบบตรวจ** **ตส.5 (50)**  (2) นมโคชนิดยูเอชทีตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 349) พ.ศ.2556 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดที่มีความเป็นกรดต่ำ และชนิดปรับกรด โดยใช้**แบบตรวจ** **ตส.11(56)**  1.1.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค โดยมีรายการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้  (1) **นมโคชนิดพาสเจอร์ไรส์** ตรวจวิเคราะห์จำนวน 10 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด แบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม *Escherichia coli*, *Salmonella* spp, *Staphylococcus aureus*, *Listeria monocytogenes* และ *Bacillus cereus*  (2) **นมโคชนิดยูเอชที** ตรวจวิเคราะห์จำนวน 9 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Listeria monocytogenes* และ *Bacillus cereus*  โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง (1 ครั้ง/ภาคการศึกษา) ดังนี้   * ภาคการศีกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ช่วงเดือน พ.ย. 61 * ภาคการศีกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 ช่วงเดือน มิ.ย. 62 |
|  | ทั้งนี้ การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ***โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้***  (1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า ***“นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง***  (2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า ***“รอบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”***  (3) ในช่องหมายเหตุระบุว่า   * **“**ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 * **ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)**”**   หมายเหตุ : สถานประกอบการใดที่ผลิตนมโรงเรียนทั้งชนิดยูเอชทีและพาสเจอร์ไรส์ต้องเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 2 ชนิด (ชนิดละ 1 ตัวอย่าง รวม 2 ตัวอย่าง)  1.2 กิจกรรมเฝ้าระวังประจำเดือน  1.2.1 สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต ตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน**เฉพาะ**ด้านเชื้อจุลินทรีย์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค  โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง **ทุกเดือน** นอกเหนือจากแผนการเฝ้าระวังประจำปี **โดยกำหนดให้ผู้ประกอบการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์** และรายงานผลการดำเนินงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2  ทั้งนี้ การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ **โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้**  (1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า **“นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง**  (2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า **“รอบผู้ประกอบการ*”***  (3) ในช่องหมายเหตุระบุว่า **“ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)**”**  หมายเหตุ : สถานประกอบการใดที่ผลิตนมโรงเรียนทั้งชนิดยูเอชทีและ พาสเจอร์ไรส์ต้องเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 2 ชนิด (ชนิดละ 1 ตัวอย่างรวม 2 ตัวอย่าง) |
| **แหล่งข้อมูล** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A2 = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่มีผลการตรวจวิเคราะห์มีคุณภาพมาตรฐาน  ตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B2 = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่ส่งตรวจและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A2/B2) X 100 |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214 |
| **วิธีการรายงาน/**  **ความถี่ในการรายงาน** | รายงานข้อมูล ดังนี้   1. รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงานดังนี้  |  |  | | --- | --- | | **ครั้งที่** | **ระยะเวลาการรายงาน** | | 1 | ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 (ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2561**\*)** | | 2 | ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2562 | | 3 | ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 (ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2562**\*)** | | 4 | ภายในวันที่ 15 กันยายน 2562 |   หมายเหตุ : 1. \* เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ในการจัดสรรสิทธิ์  2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป   1. ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) |
| **หน่วยงานที่รายงาน** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด** | สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ :  นางสาวโชตินภา เหล่าไพบูลย์ สำนักอาหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 081-055-7988  โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : fda.schoolmilk@gmail.com  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :  นางสาวอรสุรางค์ ธีระวัฒน์ สำนักอาหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136  โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูล** | สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| **การนำข้อมูล**  **ไปใช้ประโยชน์** | เพื่อรายงานผลต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ เพื่อใช้ในการจัดสรรสิทธิ์นมโรงเรียน และเพื่อกำหนดมาตรการการเฝ้าระวังความปลอดภัยผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนในปีถัดไป |

**ประเด็น : ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัดที่ 1 :**  **ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :** | **ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)**  **ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัย ตามเกณฑ์ที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | **1. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย** หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร กาแฟ หรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 2560-2561  พบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist)  **2. ได้รับการจัดการ** หมายถึง การตรวจสอบให้เป็นไปตามกฎหมาย เช่น ตรวจติดตาม เก็บตัวอย่าง ยึด อายัด การดำเนินการทางอาญา เช่น เปรียบเทียบปรับ ฟ้องคดี หรือ การดำเนินการทางปกครอง เช่น แจ้งงดผลิต ประกาศผลการตรวจพิสูจน์ การยกเลิก เลขสารบบอาหาร หรือ อื่น ๆ เช่น การแจ้งเตือนภัยประชาชน เป็นต้น |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist) ปี 2560-2561 ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ 2. กรณีเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย(Blacklist) ขอให้ สสจ. ดำเนินการตรวจติดตามเพื่อรวบรวมพยานหลักฐานตามกฎหมาย ดังนี้   2.1 กรณีเป็นจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต/ นำเข้า/จัดจำหน่าย ตั้งอยู่ในพื้นที่ ขอให้  1) เข้าตรวจสอบสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP กฎหมาย หรือตรวจสอบสถานที่นำเข้าฯ หรือสถานที่จัดจำหน่าย (แล้วแต่กรณี)  2) เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist)  - กรณีไม่พบผลิตภัณฑ์ตาม Blacklist แต่พบอาหารอื่นที่พิจารณาแล้วมีแนวโน้มปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ ให้เก็บตัวอย่างอาหารนั้น และ  - ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์หาชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1)  2.2 กรณีเป็นจังหวัดที่มีด่านอาหารและยาตั้งอยู่ในพื้นที่ ขอให้  1) ดำเนินการตามมาตรการกักกันของสำนักด่านอาหารและยา  2) สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ตาม Blacklist ณ ด่านอาหารและยา และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ทางยาในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณดังกล่าว (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1) |
|  |  |
|  | 2.3 กรณีเป็นจังหวัดที่พบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารตาม Blacklist ขอให้ดำเนินการ ดังนี้  1) รวบรวมพยานหลักฐานตามกฎหมาย ณ สถานที่จำหน่าย  2) เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist)  และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์หาชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1)  **หมายเหตุ : เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1**  1) ปริมาณตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมายที่เก็บเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **การอวดอ้างสรรพคุณ** | **รายการตรวจวิเคราะห์** | **ปริมาณ**  **(กรัม/ตัวอย่าง)** | | 1. ลดน้ำหนัก | 1. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอ้วน เช่น Sibutramine, Fenfluramine  2. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอยากอาหาร เช่น Fluoxetine, Ephedrine, และ Phentermine  3. กลุ่มยาระบาย เช่น Phenophthaline และ Bisacodyl  4. กลุ่มยาขับไขมัน เช่น Orlistat  5. สารอื่น เช่น Desoxy-D2PM | อย่างน้อย 30 กรัม  (ใน 1 ตัวอย่างสามารถระบุรายการวิเคราะห์ได้ตั้งแต่รายการ  ที่ 1-5) | | 2. เสริมสร้างสมรรถภาพ  ทางเพศ | Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil | อย่างน้อย 30 กรัม |   2) การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า   * **“ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562** * **ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”  1. กรณีผลการตรวจสอบสถานที่ผลิต/นำเข้า/จำหน่าย หรือผลการตรวจวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ขอให้ สสจ. ดำเนินการทางกฎหมายตามแนวทางเอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-2 |
| **แหล่งข้อมูล** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A3 = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่มีผลวิเคราะห์  ผ่านมาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 2** | B3 = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A3/B3) X 100 |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  โทรศัพท์ 02-590-7214 |
| **วิธีการรายงาน/ความถี่ในการรายงาน** | รายงานผลการดำเนินการตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 3 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | ครั้งที่ | ระยะเวลาการรายงาน | | 1 | ภายใน 20 ธันวาคม 2561 | | 2 | ภายใน 20 มีนาคม 2562 | | 3 | ภายใน 20 มิถุนายน 2562 |   หมายเหตุ : ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป |
| **หน่วยงานที่รายงาน** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด** | สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| **ผู้ให้ข้อมูล**  **ทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ**  นางสาวกนกเนตร รัตนจันท สำนักอาหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381  โทรสาร : 02-591-8460 e-mail : [knrc@fda.moph.go.th](mailto:knrc@fda.moph.go.th)  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**  นางสาวอรสุรางค์ ธีระวัฒน์ สำนักอาหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136  โทรสาร : 02-591-8460 e-mail : planning.food@gmail.com |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูล** | ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| **การนำข้อมูล**  **ไปใช้ประโยชน์** | เพื่อนำข้อมูลไปจัดทำมาตรการในการจัดการและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์อาหารที่มีความเสี่ยง |



**เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1**

**รายการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่สงสัยว่าปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **การอวดอ้างสรรพคุณ** | **รายการตรวจวิเคราะห์** | **ปริมาณ (กรัม/ตัวอย่าง)** |
| 1. ลดน้ำหนัก | 1. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอ้วน เช่น Sibutramine, Fenfluramine 2. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอยากอาหาร เช่น Fluoxetine, Ephedrine, และ Phentermine 3. กลุ่มยาระบาย เช่น Phenophthaline และ Bisacodyl 4. กลุ่มยาขับไขมัน เช่น Orlistat 5. สาร 2-Diphenyl methylpyrrolidine (Desoxy-D2PM) | อย่างน้อย 30 กรัม  (ใน 1 ตัวอย่างสามารถระบุรายการวิเคราะห์ได้ตั้งแต่รายการที่ 1-5) |
| 1. เสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ | Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil | อย่างน้อย 30 กรัม |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-2** |
| **แนวทางการพิจารณาดำเนินการตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 กรณีผลิตภัณฑ์อาหารตรวจพบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสร้มสร้างสมรรถภาพทางเพศ** | | | | | | |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
| **1. สถานประกอบการ** | | | | | | |
| **1.1 การได้รับอนุญาต สถานที่ผลิต/สถานที่นำเข้าอาหารเพื่อจำหน่าย** | **สถานที่ผลิต** 1.1.1 กรณีแหล่งผลิตเข้าข่ายเป็นโรงงานผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย แต่ไม่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต   ตัวอย่างเช่น :   - กรณีสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่ายมีเครื่องจักรอุปกรณ์การผลิตตั้งแต่ 5 แรงม้าขึ้นไป หรือคนงานตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป แต่ไม่มีใบอนุญาตผลิตอาหาร | 1. บันทึกตรวจสถานที่ผลิตอาหาร (GMP) 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม. 14 วรรคหนึ่ง | โทษตาม ม. 53 | - สั่งให้งดผลิตจนกว่าจะได้รับอนุญาต  โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(2) หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตามม.63 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวันอีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว |
| 1.1.2 กรณีแหล่งผลิตไม่เข้าข่ายเป็นโรงงานผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย แต่ยังไม่ได้รับเลขประจำสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายเป็นโรงงาน (สบ.1) | 1. บันทึกตรวจสถานที่ผลิตอาหาร (GMP) 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืนประกาศ ซึ่งออกตาม ม. 6(10) | โทษตามม. 51 | - ขอความร่วมมือให้งดผลิตจนกว่าจะได้รับอนุญาต เลขสารบบอาหาร |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
|  | **สถานที่นำเข้า** 1.1.3 กรณีสถานที่นำเข้ามีการนำเข้าอาหารเพื่อจำหน่ายโดยยังไม่ได้รับใบอนุญาต | 1. บันทึกตรวจสถานที่นำเข้า 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม. 15 วรรคหนึ่ง | โทษตาม ม. 53 | - สั่งให้งดนำเข้าจนกว่าจะได้รับอนุญาต โดยอาศัยอำนาจตามม. 30(2) หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตามม. 63 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวันอีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว |
| **1.2 หน้าที่ของผู้รับอนุญาต** | 1.2.1 กรณีผู้รับอนุญาตตาม ม. 14 หรือ ม. 15 ผลิต/นำเข้า หรือเก็บอาหารนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต   ตัวอย่างเช่น :   - กรณีสถานที่ผลิตได้รับอนุญาตผลิตอาหารระบุ เลขที่ 1 ซอย 2 ถนนดินสอ ตำบล… อำเภอ… จังหวัด… แต่ตรวจพบมีการผลิตเพื่อจำหน่าย ณ เลขที่ 1, 3 และ 5 ซอย 2 ถนนดินสอ... เพิ่มอีกด้วย เป็นต้น | 1. บันทึกตรวจสถานที่ผลิต หรือนำเข้า 2. บันทึกคำให้การ 3. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม. 20 | โทษตาม ม. 55 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
| **1.2 หน้าที่ของผู้รับอนุญาต (ต่อ)** | 1.2.2 กรณีผู้รับอนุญาตตาม ม. 14 หรือ ม. 15 ย้ายสถานที่ผลิต สถานที่นำเข้า หรือสถานที่เก็บอาหารโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต  ตัวอย่างเช่น : - กรณีสถานที่ผลิตอาหารได้รับอนุญาตผลิตอาหาร ระบุเลขที่ 1 ซอย 2 ถนนดินสอ… แต่มีการย้ายสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย ไปยัง ณ เลขที่ 8 ซอย 8 ถนนดินสอ... โดยยังไม่ได้รับอนุญาต และได้เลิกกิจการ ณ เลขที่เดิมที่ได้รับอนุญาตด้วยแล้ว เป็นต้น | 1. บันทึกตรวจสถานที่ผลิต หรือนำเข้า2. บันทึกคำให้การ3. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม. 21 | โทษตาม ม. 55 | - |
|  | 1.2.3 กรณีผลิตหรือนำเข้าซึ่งอาหารภายหลังที่ใบอนุญาตสิ้นอายุแล้วโดยมิได้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต   ตัวอย่างเช่น :   - ใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้า ระบุ "ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2558" ต้องยื่นคำขอต่ออายุภายในวันที่ที่ระบุ แต่เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2559 ตรวจพบว่ามีการผลิตหรือนำเข้าเพื่อจำหน่ายภายหลังที่ใบอนุญาตสิ้นอายุจะพิจารณานับจำนวนวันทำการตั้งแต่สิ้นอายุจนถึงวันที่ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต (นับตั้งแต่ 1 มค. ถึง 25 กพ.2559) | 1. บันทึกตรวจสถานที่ผลิต หรือนำเข้า 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ม. 74 ระบุว่า ผู้รับอนุญาตผู้ใดผลิตหรือ นำเข้า ซึ่งอาหารภายหลังที่ใบอนุญาตสิ้นอายุแล้ว โดยมิได้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต ต้องระวางโทษปรับเป็นรายวันๆละไม่น้อยกว่าห้าร้อยบาทแต่ไม่เกินหนึ่งพันบาท | โทษตาม ม. 74 | ถือว่าใบอนุญาตนั้นสิ้นอายุแล้ว ดังนั้นหากผู้ประกอบการประสงค์จะผลิตหรือนำเข้าอาหารต่อไป ต้องยื่นขอใบอนุญาตใหม่ ไม่สามารถมาต่ออายุและไม่สามารถใช้ใบอนุญาตเดิมได้ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
| **1.3 สุขลักษณะสถานที่ผลิต /กรณีกฎหมายกำหนดวิธีการผลิตและเก็บรักษาอาหาร** | 1.3.1 กรณีสุขลักษณะสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่ายไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง ตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ หมายเหตุ เกณฑ์กำหนดให้ไม่พบข้อบกพร่องรุนแรงและคะแนนแต่ละหัวข้อและคะแนนรวมทั้งหมดไม่น้อยกว่า ดังนี้  - GMP ทั่วไป ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉ.193) พ.ศ.2543 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือใช้ในการผลิต และเก็บรักษาอาหาร :ร้อยละ 60  - GMP อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีความเป็นกรดต่ำและชนิดที่ปรับกรด ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉ.349) พ.ศ.2556 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดที่มีความเป็นกรดต่ำและชนิดที่ปรับกรด:ร้อยละ 70 | 1. บันทึกตรวจสถานที่ผลิตอาหาร 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตาม ม. 6(7) | โทษตาม ม. 49 | - ขอความร่วมมือให้งดผลิตจนกว่าจะปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด  - กรณีเข้าข่ายโรงงาน หากพบข้อบกพร่องที่ต้องออกคำสั่งให้แก้ไขดัดแปลงสถานที่ผลิต หรือ สถานที่เก็บอาหาร โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(1) หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตามม. 62 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท - เสนอคณะกรรมการอาหารพิจารณาพักใช้ใบอนุญาตไม่เกิน 120 วันในกรณีที่สถานที่ผลิตอาหารเข้าข่ายโรงงาน (ตามความรุนแรงของปัญหาและการกระทำความผิดซ้ำซาก) โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 46 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
| **2. ผลิตภัณฑ์** | | | | | | |
| **2.1 การได้รับอนุญาต** | 2.1.1 กรณีสถานที่ผลิตเข้าข่ายโรงงานหรือไม่เข้าข่ายโรงงาน ได้รับใบอนุญาตผลิตอาหารหรือเลขประจำสถานที่ผลิตที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1) แล้ว แต่ผลิตภัณฑยังไม่ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหาร (สำหรับประเภทอาหารซึ่งถูกบังคับให้แสดงเลขสารบบอาหารตามประกาศ) | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามม. 6(10) | โทษตามม. 51 | - ขอความร่วมมือให้งดผลิตเฉพาะผลิตภัณฑ์นั้นจนกว่าจะได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหาร |
| **2.2 คุณภาพผลิตภัณฑ์** | **2.2.1 ด้านจุลินทรีย์**    พบจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค เช่น Staphylococcus aureus ,Clostridium spp. , Salmonella spp. หรือสารพิษจากจุลินทรีย์ | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม. 25 (3) และฝ่าฝืน ม. 25(1) | โทษตาม ม. 60 (อาหารผิดมาตรฐาน) และ ม. 58 (อาหารไม่บริสุทธิ์) | - สั่งงดผลิตจนกว่าจะปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(2) หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตาม ม. 63 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวันอีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว  - ประกาศผลการตรวจพิสูจน์อาหารโดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(3) |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
|  |  |  |  |  | - แจ้งขอให้เรียกคืนผลิตภัณฑ์เฉพาะรุ่นการผลิตที่พบปัญหา |
|  | **2.2.2 ด้านฟิสิกส์** ไม่เข้ามาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ. 2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น แคปซูลแตกไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีคุณสมบัติเฉพาะตามชนิดของผลิตภัณฑ์นั้น | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม.25(3) | โทษตาม ม. 60 | - |
|  | **2.2.3 ด้านเคมี** เช่น พบสารหนู ตะกั่ว ฯลฯ ไม่เข้ามาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 98) พ.ศ. 2529 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม. 25(3) | โทษตาม ม. 60 | - |
|  | 2.2.3.1 กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบวัตถุเจือปนอาหารไม่เป็นไปตามประกาศฯ (ฉบับที่ 381) พ.ศ. 2559 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ฉบับที่ 4) (ตามชนิดอาหารและปริมาณวัตถุเจือปนอาหารที่อนุญาต) | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม. 6 (5) | โทษตาม ม.47    โทษตาม ม. 58 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
| **2.2 คุณภาพผลิตภัณฑ์  (ต่อ)** | 2.2.3.2 กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบสารที่ห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์  ตัวอย่างเช่น :   - พบยาแผนปัจจุบันในผลิตภัณฑ์อาหาร (เป็นอาหารไม่บริสุทธิ์) | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. บันทึกยึดหรืออายัด 6. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืนม. 25 (1) | ม.58 | - สั่งงดผลิตจนกว่าจะปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยอำนาจตามม. 30(2) หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตามม. 63 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวันอีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว  - ประกาศผลการตรวจพิสูจน์อาหารโดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(3) แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522  - แจ้งขอให้เรียกคืนผลิตภัณฑ์เฉพาะรุ่นการผลิตที่พบปัญหา - เสนอคณะกรรมการอาหารพิจารณาพักใช้ใบอนุญาตไม่เกิน 120 วันในกรณีที่สถานที่ผลิตอาหารเข้าข่ายโรงงาน โดยอาศัย |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
|  |  |  |  |  | อำนาจตาม ม. 46 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 -ยกเลิกเลขสารบบอาหาร |
| **2.3 ฉลากผลิตภัณฑ์** | 2.3.1 กรณีผลิตภัณฑ์ที่แสดงฉลากไม่ถูกต้องตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง  ตัวอย่างเช่น :  - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แสดงชื่อไม่ตรงตามที่ได้รับอนุญาต | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตาม ม. 6(10) | โทษตาม ม. 51 | - |
|  | 2.3.2 กรณีผลิตหรือนำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือจำหน่ายอาหารที่มีฉลากเพื่อลวง หรือพยายามลวงผู้บริโภคให้เข้าใจผิดในเรื่องคุณภาพ ปริมาณ ประโยชน์ หรือลักษณะพิเศษอย่างอื่น หรือในเรื่องสถานที่และประเทศที่ผลิต  ตัวอย่างเช่น :   - ฉลากแสดงเลขสารบบอาหาร ของผู้ผลิตรายอื่น  - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ได้รับอนุญาตตามสูตรส่วนประกอบ A แต่ปรากฎข้อเท็จจริงว่ามีการผลิตเพื่อจำหน่ายตามสูตรส่วนประกอบ B โดยใช้ชื่อและเลขสารบบอาหารของ A | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. บันทึกการยึดหรืออายัด 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตาม ม.6 (10) และ ม. 25(2) | โทษตาม ม. 51 และโทษตาม ม. 59 | - สั่งงดผลิตจนกว่าจะปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(2) หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตาม ม. 63 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวันอีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว  - ประกาศผลการตรวจพิสูจน์อาหารโดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30 (3) |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
|  | - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแสดงเลขสารบบอาหารที่ถูกยกเลิกไปแล้ว หรือ เป็นเลข อย. ที่ไม่มีอยู่จริง |  |  |  | - แจ้งขอให้เรียกคืนผลิตภัณฑ์เฉพาะรุ่นการผลิตที่พบ |
| **2.4 บรรจุภัณฑ์** | 2.4.1 กรณีผลิตภัณฑ์ ใช้บรรจุภัณฑ์ไม่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานของภาชนะบรรจุ | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามตาม ม. 6(6) | โทษตาม ม. 48 |  |
| **3.การโฆษณา** | 3.1 กรณีโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารอันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร  ตัวอย่างเช่น :   - โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ว่า "เห็นผลทันใจ ลดไว ไม่โยโย่ 10 กก. ภายใน 30 วัน" เป็นต้น | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดสื่อโฆษณา 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม. 40 | โทษตาม ม. 70 |  |
|  | 3.2 กรณีไม่นำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะโฆษณา คุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณอาหาร เพื่อประโยชน์ทางการค้า ให้ผู้อนุญาตตรวจพิจารณาก่อนโฆษณา | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดสื่อโฆษณา 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | ฝ่าฝืน ม. 41 | โทษตาม ม. 71 | ระงับการโฆษณา โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 42 กรณีไม่ระงับการโฆษณาอาหารตามคำสั่งของผู้อนุญาต หรือไม่ระงับการผลิต การนำเข้า การขายการโฆษณาอาหารที่คณะกรรมการเห็นว่าอาหารดังกล่าวไม่มีคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณตามที่ได้โฆษณา ฝ่าฝืนตาม ม. 42 โทษ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
|  |  |  |  |  | ตาม ม. 72 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ และให้ปรับเป็นรายวันอีกวันละไม่น้อยกว่าห้าร้อยบาท แต่ไม่เกินหนึ่งพันบาท ตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว |
| **4.สถานที่จำหน่าย** | 4.1 กรณีจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ยังไม่ได้รับอนุญาตใช้ฉลากหรือที่แสดงฉลากไม่ถูกต้อง  ตัวอย่างเช่น :  - จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่แสดงฉลากไม่ครบถ้วนตามประกาศที่เกี่ยวข้อง | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) 5. บันทึกยึดหรืออายัด | ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตาม ม. 6 (10) | โทษตามม. 51 | - |
|  | 4.2 กรณีจำหน่ายอาหารที่ไม่มีเลขสารบบอาหารหรือแสดงฉลากไม่ถูกต้อง และแสดงฉลากเพื่อลวง  ตัวอย่างเช่น :  - จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่มีเลขสารบบอาหาร แต่นำเลขสารบบอาหารของผู้อื่นมาแสดง | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) 5. บันทึกยึดหรืออายัด | ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามม. 6 (10) และม. 25(2) | โทษตาม ม. 51 และม.59 | - ขอให้งดจำหน่ายและเรียกคืนผลิตภัณฑ์เฉพาะรุ่นการผลิตที่พบปัญหา |
|  | 4.3 กรณีจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพไม่เข้ามาตรฐานทางด้านจุลินทรีย์ หรือฟิสิกส์ หรือเคมี ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง  ตัวอย่างเช่น :  - กรณีผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ ซึ่งปรากฏผลการตรวจ | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ผลวิเคราะห์ 5. บันทึกยึดหรืออายัด | ฝ่าฝืน ม. 25(3) | โทษตาม ม. 60 | - |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรณี** | **การกระทำการฝ่าฝืน  พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522** | **หลักฐานที่ต้องการ** | **ความผิด** | **บทลงโทษ** | **มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค** |
|  | * วิเคราะห์ไม่เข้ามาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด |  |  |  |  |
| **4.สถานที่จำหน่าย (ต่อ)** | 4.4 กรณีจำหน่ายปลีกให้แก่ผู้บริโภคโดยตรง เป็นการกระทำความผิดตาม ม. 48 ม. 50 ม.58 ม. 59 ม. 60 ม. 61 ม. 69   ตัวอย่างเช่น :  - ร้านมินิมาร์ทจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารให้แก่ผู้บริโภคโดยตรงแต่ผลการตรวจวิเคราะห์พบยา sibutramine (อาหารไม่บริสุทธิ์) | 1. บันทึกตรวจสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ผลวิเคราะห์ 5. บันทึกยึดหรืออายัด | กระทำความผิดตาม ม.58 | โทษตามม. 73 กรณีผู้จำหน่ายปลีกให้แก่ผู้บริโภคโดยตรงมีโทษตามม. 73  แต่ถ้าผู้นั้นกระทำความผิดซ้ำอีกภายในหกเดือนนับแต่วันที่ได้กระทำความผิดครั้งก่อนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ | -      - ขอให้งดจำหน่าย |

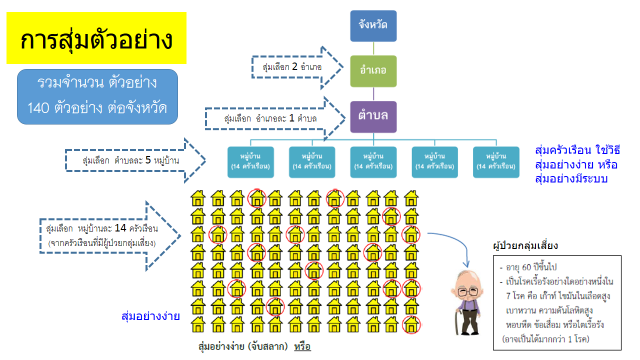
**ประเด็น : เครื่องสำอาง**

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัดที่ 1 :**  **ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :** | **ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)**  **ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัย ตามเกณฑ์ที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | **“เครื่องสําอาง”** หมายความว่า วัตถุที่มุ่งหมายสําหรับใช้ทา ถูนวด โรย พ่น หยอด ใส่ อบ หรือกระทําด้วยวิธีอื่นใดกับส่วนภายนอกของร่างกายมนุษย์และให้หมายความรวมถึงการใช้กับฟันและเยื่อบุในช่องปากโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสะอาด ความสวยงาม หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏ หรือระงับกลิ่นกาย หรือปกป้องดูแลส่วนต่าง ๆ นั้น ให้อยู่ในสภาพดีและรวมตลอดทั้งเครื่องประทิ่นต่าง ๆ สําหรับผิวด้วย แต่ไม่รวมถึงเครื่องประดับและเครื่องแต่งตัวซึ่งเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย  **“เครื่องสำอางที่ได้ถูกต้องตามกฎหมาย”** หมายถึง   1. เครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทย 2. เครื่องสำอางที่แสดงฉลากภาษาไทยครบถ้วน ถูกต้อง 3. เครื่องสำอางที่แสดงเลขจดแจ้งบนฉลากตรงตามที่ได้รับจดแจ้งไว้   ต่อผู้รับจดแจ้ง   1. ไม่เป็นเครื่องสำอางที่มีรายชื่อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 จำนวน 34 รายการ เรื่องกำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. สถานที่ผลิต  2. สถานที่ขายเครื่องสำอางในจังหวัด  3. ร้านขายเครื่องสำอางบริเวณตลาดชายแดน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจสถานที่ขายเครื่องสำอาง และร้านขายเครื่องสำอางบริเวณตลาดชายแดน เพื่อเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยงส่งตรวจวิเคราะห์ และแจ้งไปยังจังหวัดที่เป็นสถานที่ตั้งของสถานที่ผลิตตามที่ระบุในฉลากเพื่อเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางตรวจวิเคราะห์คู่ขนานกัน   * รวบรวมจำนวนรายการเครื่องสำอางทั้งหมดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ * รวบรวมจำนวนเครื่องสำอางที่ตรวจพบสารห้ามใช้   หมายเหตุ: 1. สถานที่ขายเครื่องสำอางสำรวจจากแหล่งกระจายสินค้าในกรุงเทพมหานคร และร้านขายเครื่องสำอางบริเวณตลาดชายแดน (4 จังหวัดตัวแทนภาค ได้แก่ เชียงราย สงขลา หนองคาย สระแก้ว)  2. สถานที่ผลิตเครื่องสำอางสำรวจจากเฉพาะสถานที่ผลิตตามที่ระบุในฉลากเครื่องสำอางที่เก็บในข้อ 1 เท่านั้น |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A4 = จำนวนรายการเครื่องสำอางที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 2** | B4 = จำนวนเครื่องสำอางที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผล การตรวจวิเคราะห์ |
| **สูตรการคำนวณ** | (A4/B4) x 100 |
| **การรายงานผล**  **การดำเนินงาน** | ระบบ คบส. ภูมิภาค |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **วิธีการรายงาน/ความถี่**  **ในการรายงาน** | รายงานผ่านระบบ คบส. online/ทุกไตรมาส |
| **หน่วยงานที่รายงาน** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด** | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| **ผู้กำกับตัวชี้วัด** | นางสาวอนัญญา มณีภาค  สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  โทร. 0-2590-7273-4 โทรสาร 0-2591-8468 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ** | นายฉัตรชัย พานิชศุภภรณ์  สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  โทร. 0-2590-7277 โทรสาร 0-2591-8468 |
| **ผู้ประสานงาน/จัดทำรายงานตัวชี้วัด** | นายฉัตรชัย พานิชศุภภรณ์  สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  โทร. 0-2590-7277 โทรสาร 0-2591-8468 |
| **การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์** | ประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ และแนวทางการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ |

**ประเด็น : ยาแผนโบราณ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัดที่ 1 :**  **ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.2 :** | **ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)**  **ร้อยละของยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์** |
| **คำนิยาม** | ยาแผนโบราณ หมายถึง ยาแผนโบราณที่มีทะเบียนตำรับตามกฎหมาย |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยง คือ ยาแผนโบราณที่มีทะเบียนตำรับตามกฎหมาย ที่อยู่ในครัวเรือนของผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วย โรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งใน 7 โรค ดังนี้  1) โรคเก๊า  2) โรคไขมัน  3) เบาหวาน  4) ความดัน  5) หอบหืด  6) ข้อเสื่อม  7) CKD |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จัดเก็บตัวอย่าง ยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยง จากครัวเรือนของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง \* มาทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่าง่าย |
| **แหล่งข้อมูล** | เก็บข้อมูลด้วยการ สำรวจข้อมูลจากครัวเรือนผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย |
| **รายการข้อมูล 1** | C = จำนวนยาแผนโบราณที่ปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์ (ตรวจพบจากชุดทดสอบอย่างง่าย) |
| **รายการข้อมูล 2** | D = จำนวนยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่นำมาตรวจ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (C/D) X 100 |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | หน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดเก็บข้อมูล คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และรวบรวมผ่านระบบสารสนเทศที่สำนักยา พัฒนาขึ้น |
| **วิธีการรายงาน/ความถี่ ในการรายงาน** | รายงานตามแบบรายงาน โดยให้ข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศที่จัดทำขึ้น |
| **หน่วยงานที่รายงาน** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (พื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบ)  สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (พื้นที่ กทม) |
| **หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด** | กลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักยา |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ชื่อ-นามสกุล : ภก วราวุธ เสริมสินสิริ  หน่วยงาน : กลุ่มพัฒนาระบบ สำนักยา  โทรศัพท์ : 0897961437  e-mail : varavoot@hormail.com |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| **การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์** | ลดความเสี่ยงอันตรายจากการได้รับสารสเตียรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ |

\* **การสุ่มตัวอย่างครัวเรือน**



|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **12.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital** |
| **คำนิยาม** | โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **ระดับพื้นฐาน** | | | **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา** | | | 1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร | | | **ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN** | | | G: GARBAGE | 2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 | | 3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ | | R: RESTROOM | 4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคาร ผู้ป่วยนอก | | E: ENERGY | 5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร | | E: ENVIRONMENT | 6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับริการ | | 7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ | | N: NUTRITION | 8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก | | 9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย | | 10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน | | **ระดับดี** | | |  | 11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ | | 12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD) | | **ระดับดีมาก** | | |  | 13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน | | 14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community | | **ระดับดีมาก Plus** | | |  | 15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ | |  | 16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัด กรมวิชาการ   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40  2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60  2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10 | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 80  2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 20 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม  ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์ แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง  3. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th)  เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน  A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี  A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากPlus |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ((A1+A2+A3+A4)/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน  กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน  ขึ้นไป  ((A2+A3+A4)/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน  กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป  ((A3+A4)/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน  กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  ขึ้นไป  (A4/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน  กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  Plus |
| **ระยะเวลารายงาน** | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ   ระดับพื้นฐานขึ้นไป  ร้อยละ 100   1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ   ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85 | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน  (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60  2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน  (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 70 | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 80 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 20 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล  2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital  3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital  2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล  3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | 2559 | 2560 | 2561 | | ไม่ได้รับการประเมิน | ร้อยละ | - | 0.63 | 0.00 | | ไม่ผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ | - | 7.30 | 0.00 | | ระดับพื้นฐาน | ร้อยละ | - | 51.62 | 20.25 | | ระดับดี | ร้อยละ | - | 29.93 | 40.50 | | ระดับดีมาก | ร้อยละ | - | 10.53 | 39.25 | | ระดับพื้นฐานขึ้นไป | ร้อยละ | - | 92.08 | 100.00 |   ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2561  หมายเหตุ : เกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital เริ่มใช้ในปี 2560 เป็นปีแรก |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ:**  1. นางปรียานุช บูรณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904255 E-mail : preeyanuch.b@anamai.mail.go.th  2. นายประโชติ กราบกราน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904128 E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:**  1. นางสาวมลฤดี ตรีวัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904255 E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th  2. นางสาวรุจิรา ไชยด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904316 E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางณีรนุช อาภาจรัส หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904316 E-mail : a.neeranuch@gmail.com  2. นางสาวรุจิรา ไชยด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904316 E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th   1. นายเชิดศักดิ์ โกศัลวัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904255 E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ** |
| **ระดับการวัดผล** | **เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **13.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)** |
| **คำนิยาม** | **คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง** การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน  คลินิกหมอครอบครัว ต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย  Staff - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์  - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย  - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย  System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน ขึ้นกับ  บริบทของพื้นที่   * มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว * มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี * ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า * การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน * ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ * ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล   Structure - ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในหรือนอกสถานบริการ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**  **ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 18  (1,170 ทีม)  (เป้าหมายสะสม)  เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม | ร้อยละ 24  (1,560 ทีม) | ร้อยละ 32  (2,080 ทีม) | ร้อยละ 40  (2,600 ทีม) | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ระบบลงทะเบียน |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการ  การแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม 1,170 ทีม  (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2562 จำนวน = 364 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2561 จำนวน 806 ทีม) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | ทีม ใหม่ 50 % |  | ทีมสะสม 1,170 ทีม |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ทีมสะสม 1,560 ทีม |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ทีมสะสม 2,080 ทีม | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | ระบบลงทะเบียน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | - | - | ตั้งเป้าไว้ 48ทีมและทำได้ตามเป้าแล้วคิดเป็น 0.78 % | เปิดดำเนินการได้ 596 ทีม คิดเป็น 9.17% | เปิดดำเนินการได้ 806 ทีม คิดเป็น 12.4% | | จำนวนทีมที่คิดร้อยละ บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม) | | | | | | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ  ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559  โทรสาร :02-5901939 E-mail : k.tewtong@yahoo.com  **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ  ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559  โทรสาร :02-59019398 E-mail : k.tewtong@yahoo.com  2. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนขำนาญการพิเศษ  สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและ  คลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559  โทรสาร :02-59019398 E-mail : jchanphet@gmail.com  **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว**  **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **5.การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **14.ร้อยละของครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | **ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง** ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย  1. อสค. เป็น บุคคลที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เพื่อดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเองได้  2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหาร อย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด (4) บำรุงรักษาจิตใจ (5)การดูแลสุขภาพช่องปาก และ (6)จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม  **อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง** สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง  กรณี ครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง อาจคัดเลือกเพื่อนบ้านที่สมัครใจให้เป็น อสค. ได้ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 65 | ร้อยละ 70 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพโดย อสค.  2. เพื่อให้ อสค. มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **สมาชิกในครอบครัวที่มี**  1. ผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL 5-11 คะแนน) ติดเตียง(ADL 0-4 คะแนน)  2. ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4  3. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข  จากฐานข้อมูล Thaiphc.net ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | **1.จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสค. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้**  1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำใบสมัครมาบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัวwww.thaiphc.net  (ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th)  1.2 อสค. ลงทะเบียนผ่าน Application “SMART อสค.” ได้ด้วยตนเอง  **2. การประเมินผลโดยสุ่มตัวอย่างจากทีมส่วนกลาง** |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2. สถานบริการสุขภาพภาครัฐ  3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละของครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด |  |  |  | ร้อยละ 60 |   **เกณฑ์การวัด :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ลำดับ** | **กิจกรรม** | **เกณฑ์การพิจารณา** | | **หมายเหตุ** | | **ทำ** | **ไม่ทำ** | | 1 | คุมอาหาร อย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า |  |  | อย่างน้อยต้องทำได้ 4 ข้อ ใน 6 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ | | 2 | ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด |  |  | | 3 | ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด |  |  | | 4 | บำรุงรักษาจิตใจ : ลดภาวะความเครียด |  |  | | 5 | การดูแลสุขภาพช่องปาก |  |  | | 6 | จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม |  |  | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | เชิงคุณภาพ โดยทีมประเมินจากส่วนกลาง |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางการพัฒนาและประเมิน อสค.  2. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)  3. Application SMART อสค.  4. SMART อสม. , www.อสม.com , Line@SMARTอสม.  5. www.อสค.com เว็บไซต์ฐานข้อมูล อสค. ด้านความรู้ ข่าวสาร และการประเมิน  **หมายเหตุ** : สามารถดาวน์โหลดเอกสารทั้งหมดได้ที่เว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนhttp://phc.moph.go.th หรือ เว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด | ร้อยละ | 87.16 | 93.78 | 91.48 |   ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ จากเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 - 12  2. สถาบันพัฒนานวัตกรรมด้านระบบบริการสุขภาพ 5 แห่ง  3. ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทร 0 2193 7000 ต่อ 18715  หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการมีส่วนร่วม โทร 0 2193 7000 ต่อ 18740  ผู้รับผิดชอบงาน อสค. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทร 0 2193 7000 ต่อ 18740  4. กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  โทร 0 2193 7036, 0 2193 7037 |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล** | กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  โทร 0 2193 7000 ต่อ 18715  อีเมล์ phc.division@gmail.com |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | กลุ่มพัฒนาการมีส่วนร่วม กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน  กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร 0 2193 7000 ต่อ 18740 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** | |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)** | |
| **โครงการที่** | **11.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง** | |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **15.ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม** | |
| **ตัวชี้วัดย่อย** | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  **15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)**  **15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)**  **15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)**  **การรักษาใน Stroke Unit**  **15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit**  **ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม**  **15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) 15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90**  **นาที (door to operation room time)** | |
| **คำนิยาม** | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)**  1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)  2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)  3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | |
| **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)**  1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)  2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)  3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | |
| **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)**  1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)  2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง  (Stroke ;I60-I69)  3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke ;I60-I69) | |
| **การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit**  หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง  3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ | |
| **ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)** ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) | |
| **ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)**  ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่ได้รับการผ่าตัดนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63) | น้อยกว่าร้อยละ 5 | น้อยกว่าร้อยละ 5 | น้อยกว่าร้อยละ 5 | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62) | น้อยกว่าร้อยละ 25 | น้อยกว่าร้อยละ 25 | น้อยกว่าร้อยละ 25 | | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  (Stroke; I60-I69) | น้อยกว่าร้อยละ 7 | น้อยกว่าร้อยละ 7 | น้อยกว่าร้อยละ 7 | | **การรักษาใน Stroke Unit** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 40 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | | **ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 นาที (door to operation room time) | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 80 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล** | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | - ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12  - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม | |
| **แหล่งข้อมูล** | - รายงาน ตก.2  - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข | |
| **1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน  (Ischemic Stroke ;I63) จากทุกหอผู้ป่วย | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke ;I63) | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **2. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic ;I60-I62)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก  (Hemorrhagic Stroke ;I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  (Stroke ;I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;I60-I69) | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **4.** **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที  (door to operation room time)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน | |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 35 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 40 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 40 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 45 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 55 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 80 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 80 | | | |
| **small success**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง  - เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือด สมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์  - จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke  - จัดอบรม Stroke: Basic course | - จัดอบรม Stroke Advance course, Stroke Manager, Pitfall management of stroke  - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ เพื่อรับรอง คุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และStroke Unit  - %SU≥35, %DTN ≥40, %DTOR≥50 | - จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ  - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7 | - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ  - %SU≥40, %DTN ≥50, %DTOR≥60  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | - รายงาน ตก.2  - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | 3.43 | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | - | - | - | - | 3.84 | | 22.28 | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | - | - | - | - | 22.37 | | 8.15 | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) | 17.1 | 9.9 | 8.3 | 9.1 | 8.22 | | - | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time) | - | - | - | - | - | | - | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | - | - | - | - | - | | - | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | - | - | - | - | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1.นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502  ต่อ 2408  โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com  2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480  ต่อ 1138  โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : [j.bunthong@gmail.com](mailto:j.bunthong@gmail.com)  3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)** | | 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com  3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480  ต่อ 1138  โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : [j.bunthong@gmail.com](mailto:j.bunthong@gmail.com)  2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **2.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **16.อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่** |
| **คำนิยาม** | **1 ความสำเร็จการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ  1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา  1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ  **2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ  2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง  2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค  **3 กลุ่มเป้าหมาย**  **3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน  **3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)** คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน  **4 หน่วยงานที่ดำเนินการ** ประกอบด้วย  4.1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ  4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)  **5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค** หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 85 | 85 | 85 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ  2..เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562  (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)** ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด |
| **แหล่งข้อมูล** | โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด |
| **1.สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1  ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)** คำนวณจาก  สูตรคำนวณ = (A/B) x 100  A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured)  รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่  30 กันยายน 2562  B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) |
| **2.สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **ร้อยละความครอบคลุมการรักษา****ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562)** คำนวณจาก  สูตรคำนวณ = (A/B) x 100  A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562)  B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน  **หมายเหตุ** ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | * ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 * ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2562 * ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส |
| **เงื่อนไขการคำนวณ** | 1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค **ไม่นับรวม**   * ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) * ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561)   2. 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  3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่ |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562-2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | - | - | - | ร้อยละ 85 |   **หมายเหตุ :**  ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2562 | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ  **แนวทางการประเมินผล**  **1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค)**  ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน  ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพรวมของประเทศ  **2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค**  ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน  ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่  **3 ระดับจังหวัด**  ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน  ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ  2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่\*\* | ร้อยละ | 82.8 | 84.2 | 84.4 |   **หมายเหตุ** \*\* อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค**  1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัทน์ ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรศัพท์มือถือ : 08 4605 6710  โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : phalin1@hotmail.com  2. นายอรรถกร จันทร์มาทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1211 โทรศัพท์มือถือ : 09 6982 4196  โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : auttagorn@gmail.com  **กรมการแพทย์**  ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**  ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **กองบริหารการสาธารณสุข**  ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | นางสาววิลาวรรณ สมทรง หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935  E-mail : swillwan@yahoo.com  **กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นายอรรถกร จันทร์มาทอง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กรและจัดการความรู้  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1211 โทรศัพท์มือถือ : 09 6982 4196  โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : auttagorn@gmail.com  **กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค** |

**ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมาย**

**อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2562**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค** | **ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษา**  **ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 3 ปี ย้อนหลัง** | | | | **ค่าเป้าหมาย**  **ปีงบประมาณ 2562** |
| **2558** | **2559** | **2560** | **ค่าเฉลี่ย** |
| **เขต 1-12** | **82.8** | **84.2** | **84.4** | **83.8** | **>85** |
| 1 เชียงใหม่ | 78.8 | 79.2 | 79.3 | 79.1 | >85 |
| 2 พิษณุโลก | 83.3 | 81.6 | 84.6 | 83.2 | >85 |
| 3 นครสวรรค์ | 83.8 | 81.0 | 84.9 | 83.2 | >85 |
| 4 สระบุรี | 80.0 | 80.6 | 82.3 | 81.0 | >85 |
| 5 ราชบุรี | 84.6 | 83.8 | 82.3 | 83.6 | >85 |
| 6 ชลบุรี | 80.8 | 86.3 | 85.5 | 84.2 | >85 |
| 7 ขอนแก่น | 81.6 | 83.7 | 85.1 | 83.5 | >85 |
| 8 อุดรธานี | 87.0 | 85.6 | 85.9 | 86.2 | >85 |
| 9 นครราชสีมา | 87.5 | 86.4 | 88.9 | 87.6 | >85 |
| 10 อุบลราชธานี | 83.5 | 88.8 | 84.3 | 85.5 | >85 |
| 11 นครศรีธรรมราช | 79.4 | 83.6 | 82.7 | 81.9 | >85 |
| 12 สงขลา | 85.8 | 87.0 | 85.4 | 86.1 | >85 |

**หมายเหตุ**

1.ค่าเฉลี่ย หมาย ถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2560) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561 ที่มา http://www.tbcmthailand.net

2. ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561.

**ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของ****ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เขตสุขภาพ** | **ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา** | | | | **ค่าเป้าหมายปี 2562**  **ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5** |
| **จำนวนปชก.ปี 2561\***  **(1)** | **คาดประมาณ**  **จำนวนผู้ป่วยวัณโรค**  **(156/แสน ปชก.) (2)** | **จำนวนผู้ป่วย**  **วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา**  **ปี 2561\*\* (3)** | **ร้อยละความครอบคลุม**  **การรักษาปี 2561**  **(4 = 3/2)** |
| **ประเทศ** | **66,188,503** | **103,254** | **77,376** | **74.9** | **85,185** |
| 1 เชียงใหม่ | 5,870,510 | 9,158 | 5,766 | 63.0 | 7,555 |
| 2 พิษณุโลก | 3,561,377 | 5,556 | 3,894 | 70.1 | 4,583 |
| 3 นครสวรรค์ | 2,995,999 | 4,674 | 2,892 | 61.9 | 3,856 |
| 4 สระบุรี | 5,322,632 | 8,303 | 5,859 | 70.6 | 6,850 |
| 5 ราชบุรี | 5,311,909 | 8,287 | 6,284 | 75.8 | 6,836 |
| 6 ชลบุรี | 6,054,606 | 9,445 | 8,952 | 94.8 | 7,792 |
| 7 ขอนแก่น | 5,062,898 | 7,898 | 6,613 | 83.7 | 6,516 |
| 8 อุดรธานี | 5,548,817 | 8,656 | 5,256 | 60.7 | 7,141 |
| 9 นครราชสีมา | 6,767,667 | 10,558 | 7,696 | 72.9 | 8,710 |
| 10 อุบลราชธานี | 4,610,095 | 7,192 | 5,386 | 74.9 | 5,933 |
| 11 นครศรีธรรมราช | 4,454,389 | 6,949 | 5,149 | 74.1 | 5,733 |
| 12 สงขลา | 4,945,189 | 7,714 | 4,955 | 64.2 | 6,364 |
| 13 กรุงเทพฯ | 5,682,415 | 8,865 | 8,674 | 97.9 | 7,313 |

หมายเหตุ

\* ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฏร์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย

ที่มาของฐานข้อมูลประชากร HDC : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\_pk.php ข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

\*\* ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

**ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)**

| **เขตสุขภาพ** | **ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา** | | | | **ค่าเป้าหมายปี 2562**  **ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **จำนวนปชก.ปี 2561\*** | **คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค( 156 ต่อแสน ปชก.)** | **จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาปี 2561\*\*** | **ร้อยละความครอบคลุมการรักษาของปี 2561** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4=3/2** |  |
| **ประเทศ** | **66,188,503** | **103,254** | **77,376** | **74.9** | 85,185 |
| กรุงเทพมหานคร | 5,682,415 | 8,865 | 8,674 | 97.9 | 7,313 |
| จังหวัดกระบี่ | 469,769 | 733 | 394 | 53.8 | 605 |
| จังหวัดกาญจนบุรี | 887,979 | 1,385 | 1,050 | 75.8 | 1,143 |
| จังหวัดกาฬสินธุ์ | 986,005 | 1,538 | 1,304 | 84.8 | 1,269 |
| จังหวัดกำแพงเพชร | 729,133 | 1,137 | 780 | 68.6 | 938 |
| จังหวัดขอนแก่น | 1,805,910 | 2,817 | 2,507 | 89.0 | 2,324 |
| จังหวัดจันทบุรี | 534,459 | 834 | 659 | 79.0 | 688 |
| จังหวัดฉะเชิงเทรา | 709,889 | 1,107 | 726 | 65.6 | 914 |
| จังหวัดชลบุรี | 1,509,125 | 2,354 | 2,967 | 126.0 | 1,942 |
| จังหวัดชัยนาท | 329,722 | 514 | 241 | 46.9 | 424 |
| จังหวัดชัยภูมิ | 1,139,356 | 1,777 | 1,491 | 83.9 | 1,466 |
| จังหวัดชุมพร | 509,650 | 795 | 537 | 67.5 | 656 |
| จังหวัดเชียงราย | 1,746,840 | 2,725 | 1,423 | 52.2 | 2,248 |
| จังหวัดเชียงใหม่ | 1,287,615 | 2,009 | 1,510 | 75.2 | 1,657 |
| จังหวัดตรัง | 643,072 | 1,003 | 538 | 53.6 | 828 |
| จังหวัดตราด | 229,649 | 358 | 285 | 79.6 | 296 |
| จังหวัดตาก | 644,267 | 1,005 | 848 | 84.4 | 829 |
| จังหวัดนครนายก | 259,342 | 405 | 352 | 87.0 | 334 |
| จังหวัดนครปฐม | 911,492 | 1,422 | 873 | 61.4 | 1,173 |
| จังหวัดนครพนม | 718,028 | 1,120 | 664 | 59.3 | 924 |
| จังหวัดนครราชสีมา | 2,639,226 | 4,117 | 2,626 | 63.8 | 3,397 |
| จังหวัดนครศรีธรรมราช | 1,557,482 | 2,430 | 1,502 | 61.8 | 2,004 |
| จังหวัดนครสวรรค์ | 1,065,334 | 1,662 | 1,052 | 63.3 | 1,371 |
| จังหวัดนนทบุรี | 1,229,735 | 1,918 | 1,885 | 98.3 | 1,583 |
| จังหวัดนราธิวาส | 796,239 | 1,242 | 610 | 49.1 | 1,025 |
| จังหวัดน่าน | 479,838 | 749 | 422 | 56.4 | 618 |
| จังหวัดบึงกาฬ | 423,032 | 660 | 432 | 65.5 | 544 |
| จังหวัดบุรีรัมย์ | 1,591,905 | 2,483 | 1,510 | 60.8 | 2,049 |
| จังหวัดปทุมธานี | 1,129,115 | 1,761 | 848 | 48.1 | 1,453 |
| จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ | 543,979 | 849 | 773 | 91.1 | 700 |
| จังหวัดปราจีนบุรี | 487,544 | 761 | 764 | 100.5 | 627 |
| จังหวัดปัตตานี | 709,796 | 1,107 | 628 | 56.7 | 914 |
| จังหวัดพระนครศรีอยุธยา | 813,852 | 1,270 | 687 | 54.1 | 1,047 |
| จังหวัดพะเยา | 477,100 | 744 | 570 | 76.6 | 614 |
| จังหวัดพังงา | 267,491 | 417 | 339 | 81.2 | 344 |
| จังหวัดพัทลุง | 524,857 | 819 | 460 | 56.2 | 675 |
| จังหวัดพิจิตร | 541,868 | 845 | 531 | 62.8 | 697 |
| จังหวัดพิษณุโลก | 865,368 | 1,350 | 955 | 70.7 | 1,114 |
| จังหวัดเพชรบุรี | 482,375 | 753 | 431 | 57.3 | 621 |
| จังหวัดเพชรบูรณ์ | 995,331 | 1,553 | 1,006 | 64.8 | 1,281 |
| จังหวัดแพร่ | 447,564 | 698 | 488 | 69.9 | 576 |
| จังหวัดภูเก็ต | 402,017 | 627 | 978 | 155.9 | 517 |
| จังหวัดมหาสารคาม | 963,072 | 1,502 | 1,368 | 91.1 | 1,239 |
| จังหวัดมุกดาหาร | 350,782 | 547 | 359 | 65.6 | 451 |
| จังหวัดแม่ฮ่องสอน | 279,088 | 435 | 187 | 43.0 | 359 |
| จังหวัดยโสธร | 539,542 | 842 | 641 | 76.2 | 694 |
| จังหวัดยะลา | 527,295 | 823 | 515 | 62.6 | 679 |
| จังหวัดร้อยเอ็ด | 1,307,911 | 2,040 | 1,434 | 70.3 | 1,683 |
| จังหวัดระนอง | 190,399 | 297 | 259 | 87.2 | 245 |
| จังหวัดระยอง | 711,236 | 1,110 | 1,014 | 91.4 | 915 |
| จังหวัดราชบุรี | 871,714 | 1,360 | 761 | 56.0 | 1,122 |
| จังหวัดลพบุรี | 757,273 | 1,181 | 792 | 67.0 | 975 |
| จังหวัดลำปาง | 746,547 | 1,165 | 800 | 68.7 | 961 |
| จังหวัดลำพูน | 405,918 | 633 | 366 | 57.8 | 522 |
| จังหวัดเลย | 641,666 | 1,001 | 525 | 52.4 | 826 |
| จังหวัดศรีสะเกษ | 1,472,031 | 2,296 | 2,071 | 90.2 | 1,895 |
| จังหวัดสกลนคร | 1,149,472 | 1,793 | 933 | 52.0 | 1,479 |
| จังหวัดสงขลา | 1,424,230 | 2,222 | 1,965 | 88.4 | 1,833 |
| จังหวัดสตูล | 319,700 | 499 | 239 | 47.9 | 411 |
| จังหวัดสมุทรปราการ | 1,310,766 | 2,045 | 1,803 | 88.2 | 1,687 |
| จังหวัดสมุทรสงคราม | 193,902 | 302 | 177 | 58.5 | 250 |
| จังหวัดสมุทรสาคร | 568,465 | 887 | 1,403 | 158.2 | 732 |
| จังหวัดสระแก้ว | 561,938 | 877 | 734 | 83.7 | 723 |
| จังหวัดสระบุรี | 642,040 | 1,002 | 852 | 85.1 | 826 |
| จังหวัดสิงห์บุรี | 210,088 | 328 | 204 | 62.2 | 270 |
| จังหวัดสุโขทัย | 599,319 | 935 | 622 | 66.5 | 771 |
| จังหวัดสุพรรณบุรี | 852,003 | 1,329 | 816 | 61.4 | 1,097 |
| จังหวัดสุราษฎร์ธานี | 1,057,581 | 1,650 | 1,140 | 69.1 | 1,361 |
| จังหวัดสุรินทร์ | 1,397,180 | 2,180 | 2,069 | 94.9 | 1,798 |
| จังหวัดหนองคาย | 521,886 | 814 | 570 | 70.0 | 672 |
| จังหวัดหนองบัวลำภู | 511,641 | 798 | 474 | 59.4 | 658 |
| จังหวัดอ่างทอง | 281,187 | 439 | 239 | 54.5 | 362 |
| จังหวัดอำนาจเจริญ | 378,107 | 590 | 332 | 56.3 | 487 |
| จังหวัดอุดรธานี | 1,583,092 | 2,470 | 1,658 | 67.1 | 2,037 |
| จังหวัดอุตรดิตถ์ | 457,092 | 713 | 463 | 64.9 | 588 |
| จังหวัดอุทัยธานี | 329,942 | 515 | 288 | 56.0 | 425 |
| จังหวัดอุบลราชธานี | 1,869,633 | 2,917 | 1,983 | 68.0 | 2,406 |

หมายเหตุ

\* ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฏร์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย

ที่มาของฐานข้อมูลประชากร HDC : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\_pk.php ข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

\*\* ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)** | | |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ** | | |
| **โครงการที่** | **3.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** | | |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** | | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **17.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)** | | |
| **คำนิยาม** | **RDU** เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU1 และ RDU2  - **RDU 1** หมายถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย  - **RDU 2** หมายถึงหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย  **ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** มี 3 ระดับดังนี้   * **RDU ขั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้**  |  |  | | --- | --- | | **RDU 1**  (รพ.) | **RDU 2** (รพ.สต.ใน CUP) | | 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ   4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3  5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 | **จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40** ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค |  * **RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้**  |  |  | | --- | --- | | **RDU** 1 | **RDU 2** | | 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin\*, statins, ergots (\* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | **จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60** ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค | | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | RDU ขั้นที่ 1 80%  RDU ขั้นที่ 2 20% | RDU ขั้นที่ 2 80% | RDU ขั้นที่ 2 80%  RDU ขั้นที่ 3 20% | RDU ขั้นที่ 3 80% | | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | 1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา  2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | **RDU:** โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | รายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | | ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน |
| **รายการข้อมูล 1 (RDU)** | | A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 1  A2 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2 |
| **รายการข้อมูล 2 (RDU)** | | B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | RDU ขั้นที่ 1 = (A1/B) x 100  RDU ขั้นที่ 2 = (A2/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | RDU ขั้นที่ 1 ≥ 80 %  RDU ขั้นที่ 2 ≥ 10 % | RDU ขั้นที่ 1 ≥ 85 %  RDU ขั้นที่ 2 ≥ 10 % | RDU ขั้นที่ 1 ≥ 90 %  RDU ขั้นที่ 2 ≥ 15 % | RDU ขั้นที่ 1 ≥ 95 %  RDU ขั้นที่ 2 ≥ 20 % |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  |  |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  |  | | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | RDU | ร้อยละ | - | RDU ขั้นที่ 1  ร้อยละ 61.49 | RDU ขั้น 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ขั้น 2 ร้อยละ 9.51  (ข้อมูล 9 เดือน)  (ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 15) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | **1. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : [praecu@gmail.com](mailto:praecu@gmail.com)  **สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)**  **2. ภญ.นุชรินธ์ โตมาชา เภสัชกรชำนาญการ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779  โทรสาร : 02-5907341 E-mail : nuchy408@gmail.com  **สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ตัวชี้วัด RDU)** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล** | | กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)  กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU) |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1. ภญ.สรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907392 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5918486 E-mail : swech@fda.moph.go.th  **กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น**  **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**  2.ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : [praecu@gmail.com](mailto:praecu@gmail.com)  **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)** | |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ** | |
| **โครงการที่** | **3.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** | |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **18.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)** | |
| **คำนิยาม** | **AMR** เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment)  และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **กิจกรรม AMR** (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง **https://goo.gl/qtJLuv**) | | | **1** | กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)   1. คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน | | **2** | การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ   1. การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ (5) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (6) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (7) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (8) นำเสนอสรุปรายงานการพบเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มปัญหา (9) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R (10) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) (11) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทย์ฯ สคร. | | **3** | การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล   1. การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย (2) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL (3) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (4) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (5) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (6) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (7) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (8) การติดตามปริมาณการใช้ยา ทั้งภาพรวมและเฉพาะกลุ่มยา เช่นCarbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Betalactam/Betalactamase Inhibiotor (BLBI), Colistin (9) มีการติดตามมูลค่าการใช้ยา (10) การมีสรุปรายงาน พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มการใช้ยา | | **4** | การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล   1. จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ (3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR (4) IPC guideline (5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (7) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ (8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (11) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC | | **5** | การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ  โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate) |  | การติดเชื้อ AMR ลดลง 50 % จาก baseline ปี 60 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | 1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา  2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | **AMR:** โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | รายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | | ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate |
| **รายการข้อมูล 2** | | B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B)x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | AMR ขั้น Intermediate ≥ 10 % |  | AMR ขั้น Intermediate ≥ 20 % |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  |  |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  |  | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | AMR | ร้อยละ | - | - | **88.98**  (ผ่านเกณฑ์เป้าหมายขั้น basic ร้อยละ 70) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | **1. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : [praecu@gmail.com](mailto:praecu@gmail.com)  **สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)**  **2. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541  โทรสาร : 02-5910343 E-mail :wantana.p@dmsc.mail.go.th  **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตัวชี้วัด AMR)**  **3. นางวราภรณ์ เทียนทอง**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980  โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com  **สถาบันบำราศนราดูร (ตัวชี้วัด AMR)** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล** | | กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)  กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU) |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1. ภญ.สรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907392 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5918486 E-mail : swech@fda.moph.go.th  **กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น**  **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**  2.ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : [praecu@gmail.com](mailto:praecu@gmail.com)  **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **4. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **19. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง** |
| **คำนิยาม** | **การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ** **หมายถึง** การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25) , สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด) , สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98 ) และสาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ลดลงร้อยละ 10 | ลดลงร้อยละ 10 | ลดลงร้อยละ 10 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพ.ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จังหวัดจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูล** | HDC กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2562 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A-B)/A x 100 (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ12 เดือน) |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 – 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ขั้นตอน 1 - 3 | ขั้นตอน 1 – 5 | ขั้นตอน 1 - 5 | ลดลงร้อยละ 10 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ขั้นตอน 1)** ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ  **ขั้นตอน 2)** มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา  **ขั้นตอน 3)** มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ  **ขั้นตอน 4)** มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย  **ขั้นตอน 5)** สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต |
| **เอกสารสนับสนุน :** | แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | |  | ร้อยละ | เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.29 | ลดลงร้อยละ 6.87 | ลดลงร้อยละ  7.2 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 – 5901761 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02 - 5901802 E-mail : -  2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254  โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com  3. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809  โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : nuttina24@gmail.com  4. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159  โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : [thanawan.2426@gmail.com](mailto:thanawan.2426@gmail.com)  5.นางสาวสุธิศา เงินกลั่น นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601  โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : [sparadizes@gmail.com](mailto:sparadizes@gmail.com)  **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล** | 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254  โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com  2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809  โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : nuttina24@gmail.com  3. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159  โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : [thanawan.2426@gmail.com](mailto:thanawan.2426@gmail.com)  4.นางสาวสุธิศา เงินกลั่น นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601  โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : [sparadizes@gmail.com](mailto:sparadizes@gmail.com)  **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **20. อัตราตายทารกแรกเกิด** |
| **คำนิยาม** | **ทารกแรกเกิด หมายถึง** ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ในโรงพยาบาล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **เป้าหมาย** | ปีงบประมาณ 62 | ปีงบประมาณ 63 | ปีงบประมาณ 64 | | ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน | < 3.8 ต่อ 1,000 | < 3.7 ต่อ 1,000 | < 3.6 ต่อ 1,000 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์  2. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ในระดับจังหวัดและระดับเขต (ตก.1, 2)  2. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 1,000 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | - | 4 | - | 3.8 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | - | 3.75 | - | 3.7 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | - | 3.65 | - | 3.6 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. ประชุมทำเข้าใจตัวชี้วัด  2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต  3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล  4. มีการสรุปข้อมูล |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด  2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด**  อัตราตายทารกแรกเกิด | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | 7 | ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ | 5 | 3.94 | 3.51 | 4.26 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578  โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com  **สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์**  2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร : 02-9659851 E-mail : [pattarawin@gmail.com](mailto:pattarawin@gmail.com)  **กรมการแพทย์**  **3.** กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)** | 1*.* ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com  4. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578  โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com  2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : [supervision.dms@gmail.com](mailto:supervision.dms@gmail.com)  3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **6.โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขตสุขภาพ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **21.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ โรงพยาบาลที่มีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค (ตาม Service plan ที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้าย  โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการดังนี้   1. มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้    1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน  (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสาขาใดจำนวนเท่าไร)    2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสังกัดใดจำนวนเท่าไร)    3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน    4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัวตามบริบท    5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย Codeine, Morphine, Oral Immediate Release (MoIR), Morphine, Oral Controlled Release (MoCR) และ Morphine, injectable (MoINJ)   (1.3-1.5 ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มี)   1. มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค และได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ทุกกลุ่มอายุ (0-15 ปี และมากกว่า 15 ปี) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ (<http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf>) คือ    1. กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯหน้า10-18)    2. กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ(Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯหน้า 19-25)    3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต (แนวทางฯหน้า 26-32)    4. โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congenital Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางฯหน้า33-43)    5. ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางฯหน้า76-80)   **ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care (สำหรับข้อ 2.1-2.4** **กรณีที่ยังไม่นำ Palliative care ลงสู่ service plan แต่ละกลุ่มโรค อนุโลมให้ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัยและให้บริการทั้ง 5 กลุ่มโรคได้)**   1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น   - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS ≤ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น  - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น  2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ  3. สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น  4. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก  5. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา  6. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่  7. น้ำหนักลดลงต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา  8. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง  9. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล  10. Serum albumin < 2.5 mg/dl  3. มีระบบการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร  (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยในและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร มากกว่าร้อยละ 60)  4. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (‎1986)‎. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf>) และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/breathlessness) ฯลฯ อย่างเหมาะสมตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) <http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf> โดยมีระบบบริหารจัดการยา Opioids เพื่อบรรเทาอาการต่างๆครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก  5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 60)  6. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคอง อาสาสมัคร และอุปกรณ์การการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ/หรือแพทย์แผนไทย (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มีจำนวน) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 2562** | **ปีงบประมาณ 2563** | **ปีงบประมาณ 2564** | | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 45 | ร้อยละ 50 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่นอาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทุกระดับ ทั่วประเทศ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ |
| **แหล่งข้อมูล** | สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5)  ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, CKD และ วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid Medication  ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **(B/A) x 100** |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ประเมินทุก 6 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมิน :** | |
| **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | ร้อยละ 40 | - | ร้อยละ 40 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | ร้อยละ 45 | - | ร้อยละ 45 | | |
| **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | ร้อยละ 50 | - | ร้อยละ 50 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. การดึงข้อมูลในระบบเวชระเบียนโรงพยาบาล หรือข้อมูล 43 แฟ้ม ตามรหัส ICD 10 และรหัสยากลุ่ม Strong Opioids หรือจัดเก็บข้อมูลจากศูนย์ PC และหน่วยเยี่ยมบ้าน  2. เขตสุขภาพโดย สสจ. ตรวจสอบข้อมูลในภาพรวม (รายอำเภอ รายตำบล รายสถานพยาบาล) และหน่วยงานบริการ (รพศ รพท. รพช และ รพ.สต.) และผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย  3. ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทำการสำรวจ  และประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์ และสรุปผลการประเมิน |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์  ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf  2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์  ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf  3.NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016  ที่ <https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf>  4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558  ที่ http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/03  5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group.  ที่ [http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access](http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf%20(access) April 2014)  6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และกรมการแพทย์  7. World Health Organization. (‎1986)‎. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf>  8. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care <http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf> |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication | ราย | NA | NA | 40.58 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ ที่ปรึกษากรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8246 โทรศัพท์มือถือ : 08 9666 2960  โทรสาร :02591 8244 E-mail : spathomphorn@gmail.com  2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466  โทรสาร : 0 2245 7580 E-mail : [noiduenpen@yahoo.com](mailto:noiduenpen@yahoo.com)  3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข  2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  3. สำนักวิชาการ กรมการแพทย์ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางจุฬารักษ์ สิงหกลางพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :0 2590 6329 โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866  โทรสาร :0 2965 9851 E-mail : klangpol@yahoo.com  2. นางอำไพพร ยังวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6282 โทรศัพท์มือถือ : 08 1668 5008  โทรสาร : 0 2591 8264-5 E-mail : [ampaiporn.y@gmail.com](mailto:ampaiporn.y@gmail.com)  3.กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **7. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **22.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** |
| **คำนิยาม** | **1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง** ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน  **2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย** **หมายถึง** บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น  - การรักษาด้วยยาสมุนไพร  - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ  - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ  - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ  - การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา  - การทับหม้อเกลือ  - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ  ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง  **3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก** **หมายถึง** การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น  - การฝังเข็ม  - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง  **4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ** **หมายถึง** โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 18.5 | ร้อยละ 19.5 | ร้อยละ 20.5 | ร้อยละ 21.5 | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ความครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ |
| **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 = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ  ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ  2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล  สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน | 1. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข  2. สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ.,รพท., รพช. เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA) ร้อยละ 40 | สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่  - คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  - คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน | 1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5  2. ส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ 6 ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข  2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและ  การแพทย์ทางเลือก |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน  2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงาน** | | **ค่าประมาณการ**  **โดยเฉลี่ย**  **ในปีงบประมาณ 2562** | | **ปีงบประมาณ 2560** | **ปีงบประมาณ 2561** | | ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ไม่นับรหัส U77 | ร้อยละ | 14.96 | 17.37 | 18.5 | | - รพศ./รพท. | ร้อยละ | 9.03 | 9.94 | 11 | | - รพช. | ร้อยละ | 14.81 | 16.88 | 19 | | - รพ.สต. | ร้อยละ | 25.88 | 33.32 | 36 |   ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรศัพท์มือถือ : 084-439-1505  โทรสาร : 0-2149-5647 E-mail : khwancha@health.moph.go.th  **สถาบันการแพทย์แผนไทย**  2.นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรศัพท์มือถือ : 081-872-3270  โทรสาร : 0-2149-5636 E-mail : [tewantha@gmail.com](mailto:tewantha@gmail.com)  **กองการแพทย์ทางเลือก**  3. นางสาวอัญชลี จูฑะพุทธิ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6900  โทรสาร : 0-2591-4409 E-mail : anchaleeuan@gmail.com  **สถาบันการแพทย์ไทย-จีน**  4. นายสมศักดิ์ กรีชัย กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรศัพท์มือถือ : 081-684-6683  โทรสาร : 0-2149-5653 E-mail : [augus\_organ@hotmail.com](mailto:otkf@dtam.moph.go.th)  **กองวิชาการและแผนงาน**  5. นางศรีจรรยา โชตึก กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรศัพท์มือถือ : 099-245-9791  โทรสาร : 0-2965-9490 E-mail : [kungfu55@gmail.com](mailto:kungfu55@gmail.com)  **กองวิชาการและแผนงาน** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน  กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาวผุสชา จันทร์ประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939  โทรสาร : 0-2965-9490 E-mail : [ppin1987@gmail.com](mailto:ppin1987@gmail.com)  **กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน**  2. นางสาวสุดารัตน์ เกตโล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-149-5653 โทรศัพท์มือถือ 083-339-2252  โทรสาร : 02-149-5653 E-mail : Sudarat.osta@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ**  3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7809 โทรศัพท์มือถือ : 082-729-8989  โทรสาร : 0-2951-0218 E-mail : sukunya0210@gmail.com  **กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตรดานบริการเปนเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **23. รอยละของผู้ปวยโรคซึมเศราเขาถึงบริการสุขภาพจิต** |
| **คํานิยาม** | **การเขาถึงบริการ** หมายถึง การที่ประชาชนผูซึ่งไดรับการวินิจฉัยวาเปนโรคซึมเศรา ไดรับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝาระวังโรคซึมเศราระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสําหรับแพทยเวชปฏิบัติทั่วไป หรือไดรับการชวยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหนวยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย  **ผู้ปวยโรคซึมเศรา** หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑวินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทยอเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจําแนกโรคระหวางประเทศขององคการอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแตปงบประมาณ 2552 จนถึงในปงบประมาณ 2562  **พื้นที่เปาหมาย** หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร |
| **เกณฑเป้าหมาย :** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปงบประมาณ 63** | **ปงบประมาณ 64** | | ≥รอยละ 63 | ≥รอยละ 67 | ≥รอยละ71 | |
| **วัตถุประสงค** | เพื่อใหผูปวยโรคซึมเศราไดรับการดูแลรักษาที่ทันทวงที มีมาตรฐานตอเนื่องทําใหลดความรุนแรง และระยะเวลาการปวยของโรคซึมเศรา ปองกันการฆาตัวตาย และไมกลับเปนซ้ำ |
| **ประชากรกลุมเป้าหมาย** | ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคDepressive Disorder  ของสมาคมจิตแพทยอเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจําแนกโรคระหวางประเทศขององคการอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x  และ F39.x |
| **วิธีการจัดเก็บขอมูล** | กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เปนผูเก็บรวบรวมขอมูลรายงานการเขาถึงบริการ ป 2562 จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และจากแหลงรายงานกลาง ของกระทรวงสาธารณสุข โดยนําขอมูลป 2562 รวมกับขอมูลของป2552 – 2561 โดยประมวลผลเปนรายหนวยบริการจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แลวนําเสนอผลที่ [www.thaidepression.com](http://www.thaidepression.com)  ขอมูลที่ตองการ ไดแก 1) วันที่เขารับการบริการ 2) คํานําหนา 3) ชื่อ 4) นามสกุล 5) เพศ 6) เลขที่บัตรประชาชน 7) วันเดือนปเกิด 8) อําเภอ 9) จังหวัด 10) รหัสโรคซึมเศรา  11) คะแนน 9Q 12) คะแนน 8Q ซึ่งขอมูลเหลานี้มีอยูในฐานขอมูล 50 แฟมแลว  ในกรณีที่หนวยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความประสงคจะขอสงขอมูลหรือรายงานมายัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดําเนินการไดดังนี้  1. สงรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอรมที่กําหนดทางไปรษณีย์มายังฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 ทีมงานจะบันทึก  ขอมูลตามรายการใหอยางครบถวน  2. สงขอมูลจาก file แบบ excel หรือ word ที่สงผานทาง e-mail:depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD สงทางไปรษณีย  3. บันทึกทางโปรแกรมการดูแลเฝาระวังโรคซึมเศรา www.thaidepression.com สําหรับ หนวยที่มีความพรอมและตองการบันทึกการบริการทางช่องทางออนไลน์ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดําเนินการรวบรวมพรอมประมวลผลเขากับฐานขอมูลโรคซึมเศรา จนกวาหนวยบริการในพื้นที่จะขอยกเลิกการสงตามขอ 1-2  **คําอธิบายสูตร:**  • ตัวตั้ง คือ จํานวนผูปวยโรคซึมเศรา (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหมที่มารับบริการสะสมมาตั้งแตปงบประมาณ 2552 จนถึงในปงบประมาณ 2562 ในหนวยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนยสุขภาพชุมชน ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต  • ตัวหาร คือ จํานวนผูปวยโรคซึมเศราที่คํานวณจากความชุกของโรคซึมเศราภาพรวม  ทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสํารวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศรา  ป 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุมตัวอยางของประขากรไทยที่มีอายุตั้งแต 15 ปขึ้นไปจํานวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศราภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% (แยกเปน Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรกลางปี 2560 (เฉพาะผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป) ของสํานักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย |
| **แหลงขอมูล** | สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ |
| **รายการขอมูล 1** | A = จํานวนผูปวยโรคซึมเศราที่มารับบริการตั้งแตปงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึง ปงบประมาณ 2562 |
| **รายการขอมูล 2** | B = จํานวนผูปวยโรคซึมเศราคาดประมาณจากความชุกที่ไดจากการสํารวจ |
| **สูตรคํานวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑการประเมิน:**  **ป 2562**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ≥รอยละ 63 |   **ป 2563**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ≥รอยละ 67 |   **ป 2564**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ≥รอยละ 71 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | รวบรวมขอมูลผลการเขาถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐาน ขอมูล 43 แฟม โดยการรับขอมูลจากกองยุทธศาสตรและแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข  เปนรอบไตรมาส ที่มีขอมูลสอดคลองกับแบบรายงานที่กําหนดและทําการรวมผลการดําเนินงานในปปจจุบันเขากับผลการดําเนินงานของปงบประมาณ 2552 – 2562 วัดในฐาน ขอมูลการเขาถึงบริการโรคซึมเศรา กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แลว วิเคราะหประมวลผล และนําเสนอเปนรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ ที่ www.thaidepression.com |
| **เอกสารสนับสนุน :** | ขอมูลจากฐานขอมูล www.thaidepression.com |
| **รายละเอียดขอมูล**  **พื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หนวยวัด** | **ผลการดําเนินงานในรอบปงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | อัตราการเขาถึงบริการของผูปวยโรคซึมเศร้าเทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ไดจากการสํารวจ | ร้อยละ | 48.50 | 54.16 | 61.21 | |
| **ผูใหขอมูลทางวิชาการ /ผูประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทยประภาส อุครานันท ผูอํานวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์  โทรศัพทที่ทํางาน : 045-352535 โทรศัพทมือถือ : 089-9494885  โทรสาร : 045-352514 E-mail : pat-ukn@yahoo.com  2. นางรุ้งมณี ยิ่งยืน  โทรศัพทที่ทํางาน : 045-352535 โทรศัพทมือถือ : 083-7978881  โทรสาร : 045-352514 E-mail : rungring17@yahoo.com  ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| **หนวยงานประมวลผลและจัดทําขอมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| **ผูรับผิดชอบการรายงานผลการดําเนินงาน** | 1. นายประมอญ พิมพ์หล่อ  โทรศัพทที่ทํางาน : 045-352535 โทรศัพทมือถือ : 088-581-7727  โทรสาร : 045-352514 E-mail : proj207@hotmail.com  2.นายนันทวัฒน์ โคตรเจริญ  โทรศัพทที่ทํางาน : 045-352535 โทรศัพทมือถือ : 090-217-1969  โทรสาร : 045-352514 E-mail : tongchanana@gmail.com  ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **24. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ** |
| **คำนิยาม** | **การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ** การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : 1. **อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | **≤** 6.3 ต่อประชากรแสนคน | **≤** 6.0 ต่อประชากรแสนคน | **≤** 6.0 ต่อประชากรแสนคน |   **เกณฑ์เป้าหมายย่อย** : **1.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทําร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน  2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **เป้าหมาย 1** ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ  **เป้าหมายย่อย 1.1** ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการ และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี ( ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562 ) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว |
| **แหล่งข้อมูล** | **เป้าหมาย 1** : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข  **เป้าหมายย่อย 1.1** : ข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขต สุขภาพ ของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนประชากรกลางปี |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ภายใน 1 ปี |
| **รายการข้อมูล 4** | D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังคงไม่เสียชีวิต |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย 1** : (A/B) x 100,000  **เป้าหมายย่อย 1.1 :** (C/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | 1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน  1.1 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมา  ทําร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | 1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน  1.1 ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมา  ทําร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | 1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน  1.1 ร้อยละ 90 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมา  ทําร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายซ้ำ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย  โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข  2. ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | การฆ่าตัวตายสำเร็จ | อัตราต่อประชากร  แสนคน | 6.35 | 6.03 | อยู่ระหว่างประมวลผล | | ผู้พยายามฆ่า  ตัวตายไม่กลับมา  ทําร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี | ร้อยละ | - | - | 94.5 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  1. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช  ขอนแก่นราชนครินทร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรศัพท์มือถือ : 081-8052420  โทรสาร : 043-224722 E-mail : n\_jumpathong@hotmail.com  2. นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63136 โทรศัพท์มือถือ : 090–5854643  โทรสาร : 043-224722 E-mail: [jvkk\_sakarin@hotmail.com](mailto:jvkk_sakarin@hotmail.com)  3. นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877  โทรสาร : 043-224722 E-mail : [orapin63308@gmail.com](mailto:orapin63308@gmail.com)  4.นางสาวพนิดา ชาปัญญา จพง.เวชสถิติชำนาญงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 089-6199137  โทรสาร : 043-224722 E-mail : [suicidethailand@gmail.com](mailto:suicidethailand@gmail.com) |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)** | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094–9058877  โทรสาร : 043-224722 E-mail : [orapin63308@gmail.com](mailto:orapin63308@gmail.com)  **โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **9.โครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ** | **25.อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired** |
| **คำนิยาม** | **1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง** ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะsevere sepsis หรือ septic shock  **1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง** ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้  **1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง** ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม  **2. Community-acquired sepsisหมายถึง**การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis  อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม   1. อัตราตายจากcommunity-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis   **3. กลุ่มเป้าหมาย**ในปีงบประมาณ 2562จะมุ่งเน้นที่กลุ่มcommunity – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป  **4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง** การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพี่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้(sepsis screening tools) qSOFAตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป(ตารางที่ 3)modified early warning scoreSOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้  **5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล** หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆของแต่ละโรงพยาบาล  **ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง**เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด**แบบรุนแรง**ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล **<** ร้อยละ 24ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis **<** ร้อยละ 48ในกลุ่มผู้ป่วยhospital-acquired sepsis   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | <ร้อยละ 30 | <ร้อยละ 28/50 | <ร้อยละ 24/48 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด**แบบรุนแรง**ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired**ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจากICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น |
| **รายการข้อมูล 3** | C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น |
| **รายการข้อมูล 4** | D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A+C) / D × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 6 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 3. มีผลการติดตามกำกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน  กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 30 | - | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 30 | | - | อัตราการได้รับ Antibiotic  ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | - | อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ90 | | - | อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | - | อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  ไม่น้อยกว่าร้อยละ90 | | - | อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg  ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ90 | - | อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg  ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ90 | | - | อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3)  ภายใน 3 ชม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ30 | - | อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3)ภายใน 3 ชม.  ไม่น้อยกว่าร้อยละ30 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน  กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 28และ hospital-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 50 |  | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 28และ hospital-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 50 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน  กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 48 |  | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsisน้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 48 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ  2. เกณฑ์การให้คะแนน:  ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | คะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |  | สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด  ร้อยละ40 | สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด  ร้อยละ20 | ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายปี | ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย  ที่กำหนด  ร้อยละ10 | ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย  ที่กำหนด  ร้อยละ20 | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง | ร้อยละ | 34.79 | 32.03 | 34.65 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.พจน์ อินทลาภาพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี   โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891 E–mail :[drpojin@yahoo.com](mailto:drpojin@yahoo.com)   1. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก   โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535 E–mail :[mr.sepsis@yahoo.com](mailto:mr.sepsis@yahoo.com)   1. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง   โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036 E–mail :crisis27@gmailcom |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  3.สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com  2. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499  โทรสาร 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com |

**ตารางประกอบคำนิยาม**

**ตารางที่ 1SIRS (systemic inflammatory response syndrome)**

Temperature >38°C or <36°C

Heart rate >90 beats/min

Respiratory rate >20 /min หรือ PaCO2<32 mm Hg

WBC >12,000 /mm3, <4000 /mm3, หรือมี band form >10 %

**ตารางที่ 2tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction**

มีภาวะ hypotension

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

Urine output <0.5 mL/kg/hrเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2<250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2<200 โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine>2.0 mg/dL(176.8μmol/L)

Bilirubin >2 mg/dL(34.2μmol/L)

Platelet count <100,000μL

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

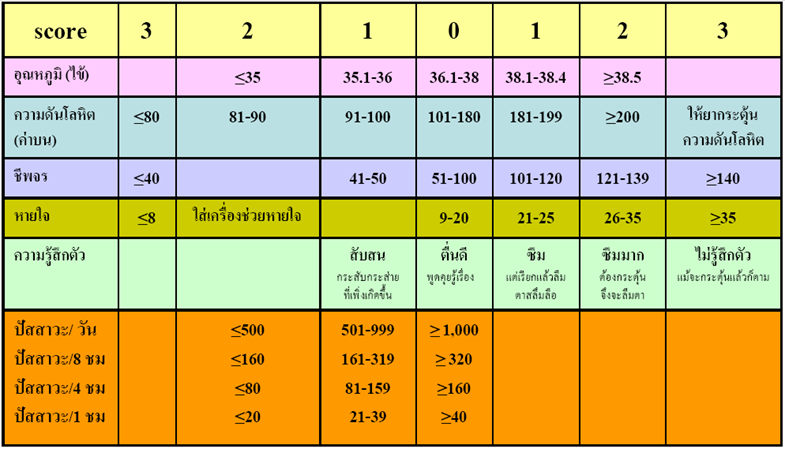
**ตารางที่ 3qSOFA (quick SOFA)score ในการประเมิน ได้แก่**

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

2. Systolic blood pressure ≤100 mm Hg

3. Respiratory rate ≥22/min

**ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)**



**การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล**

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

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

**Interpretation**

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

**ตัวอย่างแบบบันทึก ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย)**

**ปีงบประมาณ 2561**

**ชื่อโรงพยาบาล............................................................. H code ............................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ไตรมาสที่1 (ต.ค– ธ.ค)** | **ไตรมาสที่2 (ม.ค–มี.ค)** | **ไตรมาสที่3 (เม.ย.– มิ.ย.)** | **ไตรมาสที่4 (ก.ค.–ก.ย.)** | **รวม** |
| 1 | จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด |  |  |  |  |  |
| 2 | จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด |  |  |  |  |  |
| 3 | อัตราตาย |  |  |  |  |  |
| 4 | อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) |  |  |  |  |  |
| 5 | อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic |  |  |  |  |  |
| 6 | อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) |  |  |  |  |  |
| 7 | อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3)ภายใน 3 ชม. |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ :**

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired

2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

**นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย**

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IVfluidจำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับIVfluidจำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.

X 100

จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด

**หมายเหตุ :** วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** | |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)** | |
| **โครงการที่** | **9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก** | |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด , เขตสุขภาพ ,ประเทศ** | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **26.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention** | |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วย Refracture Prevention** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป  ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย  **ภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง** แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)  **ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภยันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น  **การผ่าตัดแบบ Early surgery** หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน  **กระดูกสะโพกหัก หมายถึง** ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส  1. Femoral neck fracture S72.000-.019  2. Intertroch S72.100-101, S72.110-111  3. Subtroch S72.20, 21  **กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า**หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส  1. Compression spine S22, S32  2. Distal radius S52  3. Ankle M80  4. Distal femur S72  5. Plateau S82  6. Proximal humerus S42  **ผู้ป่วย** Refracture Prevention **ที่ได้รับการผ่าตัด**หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วยรหัส  1. THA 81.51  2. Partial hip replacement 81.52  3. Fixation 79.15, 79.35  4. open reduction femur 79.25  5. Close reduction 79.05  6. Fixation 78.55  **เพื่อลดอัตรากระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้ง**ทีม **Refracture Prevention ประกอบด้วย** สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)  **องค์ประกอบของทีม** Refracture Prevention  **หัวหน้าโครงการ** ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์  **ผู้ประสานงาน**  Fracture liaison nurse (FLS nurse)  **ระดับ รพศ./รพท.** คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ  **ระดับ รพช.** คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง  **ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ**  จำเป็นต้องมี**ระดับ รพศ./รพท.**- วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ  หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู  **ระดับ รพช.** - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์  แนะนำให้มี **ระดับ รพศ./รพท.**- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวช ศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์  **ระดับ รพช.** - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์  **ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ**  จำเป็นต้องมีเภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด  แนะนำให้มี ตัวแทนแผนกโภชนาการ  หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น  **สหสาขาวิชาชีพ** หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิสัญญีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ  **Liaison** หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ  **เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม** Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Refracture Prevention | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | * 1. ร้อยละ 20 ของ   โรงพยาบาลระดับ M 1 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention   * 1. Refracture <   ร้อยละ 30  1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป | 1.1 ร้อยละ 30 ของ  โรงพยาบาลระดับ M 1  ขึ้น ไปที่มีการจัดตั้งทีมRefracture Prevention  1.2 Refracture <  ร้อยละ 28  1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป | 1.1 ร้อยละ 40 ของ  โรงพยาบาลระดับ M 1 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งทีม  Refracture Prevention  1.2 Refracture <  ร้อยละ 25  1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป | | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายใน 13 เขตสุขภาพ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | 1. 1.โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HCD กระทรวง   2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ |
| **แหล่งข้อมูล** | | เขตสุขภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention |
| **รายการข้อมูล 2** | | B =จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. จำนวนของโรงพยาบาล 53 โรงพยาบาล ระดับ M 1 ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อยละ 30  3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป | 1. จำนวนของโรงพยาบาล 56 โรงพยาบาล ระดับ M 1 ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อยละ 30  3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป | 1. จำนวนของโรงพยาบาล 59 โรงพยาบาล ระดับ M 1 ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อยละ 30  3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป | 1. จำนวนของโรงพยาบาล 63 โรงพยาบาล ระดับ M 1 ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อยละ 30  3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ เพื่อปรับมาตรการและกลยุทธ์ | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Refracture Prevention | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ**  **พ.ศ. 2561** | | **NA** | จำนวนโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention | มีทีม Refracture Prevention  ทั้งหมด 50 โรงพยาบาล  (จากทั้งหมด 81 โรงพยาบาลใน 13 เขตสุขภาพ) | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นพ.สมศักดิ์ ลีเชวงวงศ์ หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน  ออร์โธปิดิกส์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539-844 โทรศัพท์มือถือ : 0891128899  โทรสาร : 02-3539-845 E-mail : [somsakortho@gmail.com](mailto:somsakortho@gmail.com)  **โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์** | |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1.นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ  การแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร 0-2965-9851 E-mail : [pattarawin@gmail.com](mailto:pattarawin@gmail.com)  สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  2.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบบ HDC) | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นพ.สมศักดิ์ ลีเชวงวงศ์ หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน  ออร์โธปิดิกส์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539-844 โทรศัพท์มือถือ : 0891128899  โทรสาร : 02-3539-845 E-mail : [somsakortho@gmail.com](mailto:somsakortho@gmail.com)  โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์  นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ  การแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร 0-2965-9851 E-mail : [pattarawin@gmail.com](mailto:pattarawin@gmail.com)  สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร 0-2591-8279 E-mail : [eva634752@gmail.com](mailto:eva634752@gmail.com)  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์  กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **หน่วยงาน และกระทรวง** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **27.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI** **หมายถึง** กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก  (ST Elevated Myocardial Infarction)  **รพ.ในระดับ F2 หมายถึง** โรงพยาบาลชุมชนชนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 –90 เตียง  มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2–5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง  มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ  **Fibrinolytic drug หมายถึง** ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น  **กลวิธีดำเนินงาน**  ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ รพ.ในตั้งแต่ระดับ F2 ทุกแห่ง ให้สามารถให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย : (Leading Indicator)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | | |
| **วัตถุประสงค์** | ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จากทุกเขตบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | จากการตรวจราชการและข้อมูล Thai Acute Coronary syndrome registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป  หรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยมาถึงสถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไปที่ไม่สามารถทำ PCI ได้  หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงสถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมินปี :**  **ปีงบประมาณ 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 50 | 50 | 50 | 50 |   **ปีงบประมาณ 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 60 | 60 | 60 | 60 |   **ปีงบประมาณ 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 70 | 70 | 70 | 70 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** |  |
| **เอกสารสนับสนุน :** | รายงานจากทุกเขตเครือข่ายสุขภาพ |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data Leading / lagging Indicator** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด | ร้อยละ | NA | NA | NA |   หมายเหตุ เป็นตัวชี้วัดใหม่ ที่ใช้วัดคุณภาพการรักษา |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236  โทรสาร : 02-5919972 E-mail : kk\_hm2000@yahoo.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236  โทรสาร : 02-5919972 E-mail : kk\_hm2000@yahoo.com  2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com  2. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรศัพท์มือถือ : 08 9959 4499  โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: [eva634752@gmail.com](mailto:eva634752@gmail.com) |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **28.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ** |
| **คำนิยาม** | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ** หมายถึง จำนวนป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น  ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร |
| **เกณฑ์เป้าหมาย:** ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (จากฐานข้อมูลปี พ.ศ.2560 : 28 ต่อแสนประชากร)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 26 ต่อแสนประชากร | 25 ต่อแสนประชากร | 24 ต่อแสนประชากร | | |
| **วัตถุประสงค์** | ลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับ baseline  ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนประชากรที่ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100,000 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | **-** | - | - | 26 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | **-** | - | - | 25 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | **-** | - | - | 24 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จากข้อมูลเบื้องตนของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย |
| **เอกสารสนับสนุน :** | สถิติสาธารณสุข 2557 |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | 27.8  (2557) | ต่อประชากรแสนคน | 28.6 | 26.55 | 26.44 | 20.92  (9 เดือน) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-9999 โทรศัพท์มือถือ :  081-348-4236  ต่อ 30920  โทรสาร : 02-591-9972 E-mail : KK\_hm2000@yahoo.com  สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์  2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ :  081-935-7334  โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com  กรมการแพทย์ |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ :  081-935-7334  โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com  กรมการแพทย์ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ :  081-935-7334  โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com  กรมการแพทย์  2. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ :  085-959-4499  โทรสาร : 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ : 02-590-6352 |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง** |
| **ระดับการวัดผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **29. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | **1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่** มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)  **2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก  - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา  - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา  - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น  - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ  **3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก  - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก  - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก(การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)  - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ  **4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก  - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา  - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)  - ในกรณีไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด  หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ | ≥ ร้อยละ 70 | ≥ ร้อยละ 70 | ≥ ร้อยละ 75 | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | ≥ ร้อยละ 70 | ≥ ร้อยละ 70 | ≥ ร้อยละ 75 | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | ≥ ร้อยละ 60 | ≥ ร้อยละ 60 | ≥ ร้อยละ 65 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ 3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained\_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรค มะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 วันผ่าตัด (Operation\_date) เพื่อการรักษา   3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย  **กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ** 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. จาก Hospital Based Cancer Registry ( Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล )  2. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง |
| **รายการข้อมูล** | A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด  A(C) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด  A(R) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B(S) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน  B(C) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน  B(R) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A(s)/ B(s)) X 100  (A(c)/ B(c)) X 100  (A(R)/ B(R)) X 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ปี 2562** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ | **-** | **70** | **-** | **70** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | **-** | **70** | **-** | **70** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | **-** | **60** | **-** | **60** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ปี 2563** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ | **-** | **70** | **-** | **70** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | **-** | **70** | **-** | **70** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | **-** | **60** | **-** | **60** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ปี 2564** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ | **-** | **75** | **-** | **75** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | **-** | **75** | **-** | **75** | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | **-** | **65** | **-** | **65** | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | สำรวจและนิเทศติดตาม |
| **เอกสารสนับสนุน :** | คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์ | ร้อยละ | 75.66 | 78.83 | 78.99 | | เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ | ร้อยละ | 74.65 | 81.17 | 81.89 | | รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์ | ร้อยละ | 68.54 | 60.40 | 74.55 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123  โทรสาร : 02-3547036 E-mail : [armohmy@yahoo.com](mailto:armohmy@yahoo.com)  **กรมการแพทย์**  2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ  การแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร : 02-9659851 E-mail : [pattarawin@gmail.com](mailto:pattarawin@gmail.com)  **กรมการแพทย์** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ  การแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร : 02-9659851 E-mail : [pattarawin@gmail.com](mailto:pattarawin@gmail.com)  3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com  **กรมการแพทย์** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ  การแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 081 935 7334  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : [pattarawin@gmail.com](mailto:pattarawin@gmail.com)   1. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : [eva634752@gmail.com](mailto:eva634752@gmail.com)  3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com  กรมการแพทย์ |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **12. โครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด เขต และ ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **30.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr** |
| **คำนิยาม** | * CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง * eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 66% | 66% | 66% | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | * ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ * ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น   1. N183-184 หรือ  2. N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | * การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน * โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time |
| **แหล่งข้อมูล** | HDC |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ปีละ 1 ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | **-** | 66% | 66% | 66% |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | **-** | 66% | 66% | 66% |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | **-** | 66% | 66% | 66% |   หมายเหตุ : ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสื่อมของไตต่างกัน | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด |
| **เอกสารสนับสนุน :** | คำแนะนำสำหรับการดูแลผูปวยโรคไตเรื้อรังกอนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | |  |  | 63.3 | 63.6 | 62.8 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม  โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915  โทรสาร : - E-mail : kcharoen007@hotmail.com  โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1.นายไพบูลย์ ไวกยี หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ  สสจ.พระนครศรีอยุธยา  โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057  โทรสาร : E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th  HDC กระทรวงสาธารณสุข  2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com  3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | พ.ญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์มือถือ : 081-6469469 E-mail : wpichaiw@hotmail.com  **สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี**  **กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com  **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์**  นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **31.ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด  ภายใน 30 วัน** |
| **คำนิยาม** | ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจาก  ต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด  2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด  จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) |
| **แหล่งข้อมูล** | โปรแกรม Vision2020thailand |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ตามตารางท้าย KPI Template |
| **เอกสารสนับสนุน :** | Vision 2020 thailand |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน | ร้อยละ | 80.5 | 84.12 | 84.59 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 โทรศัพท์มือถือ : 06 1426 1532  โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com  **สถานที่ทำงาน** โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | โปรแกรม vision 2020 thailand |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์  2. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02590 6352 โทรศัพท์มือถือ : 0 8595 94499  โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : eva634752@gmail.com  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์  3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **14. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูก ถ่ายอวัยวะ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด, เขต, ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **32.อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล** |
| **คำนิยาม** | * ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และ ได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย * จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2562 ให้ใช้ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2561 เป็นตัวหาร)   **หมายเหตุ** : (ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตดังเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 0.8 :100 | 0.9 : 100 | 1.0 : 100 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จของการขอรับบริจาคอวัยวะ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในช่วงปีงบฯ 2562 มาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบฯ 2561 |
| **แหล่งข้อมูล** | * ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (อวัยวะบริจาคจากผู้ป่วยสมองตายทุกรายในประเทศไทยจะต้องถูกจัดสรรโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเท่านั้น และกาชาดจะเป็นผู้รายงานจำนวน actual donor ในแต่ละปีให้กับ WHO จึงต้องถือรายงานของกาชาดเป็นมาตรฐาน) * กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบฯ 2561 |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B)x100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1 2 3 และ |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | 0.2 : 100 | 0.4 : 100 | 0.6 : 100 | 0.8 : 100 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | 0.225 : 100 | 0.45 : 100 | 0.675 : 100 | 0.9 : 100 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | 0.25 : 100 | 0.5 : 100 | 0.75 : 100 | 1.0 : 100 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ประเมินผลรายไตรมาส และ สรุปผลการประเมิน ณ สิ้นปีงบประมาณ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | |  |  | 0.31 | 0.30 | 0.45 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | พ.ญ.กรทิพย์ ผลโภค นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 E-mail : jibpat@yahoo.com  **รพ.ราชวิถี กรมการแพทย์** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | นส.วราภรณ์ อ่ำช้าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 E-mail : Primary05@hotmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข**  **กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com  **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์**  นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | พ.ญ.กรทิพย์ ผลโภค นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 E-mail : jibpat@yahoo.com  **รพ.ราชวิถี กรมการแพทย์**  **กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com  **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์**  นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | | **15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด** |
| **ระดับการแสดงผล** | | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | | **33.ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กาหนดของแต่ละระบบ**  **และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)** |
| **คำนิยาม** | | **ผู้ติดยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. v2 จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 20 | 22 | 24 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | ผู้ป่วยยาเสพติด ที่คัดกรองเป็นผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) |
| **แหล่งข้อมูล** | | ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ได้แก่ สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในจังหวัด/ชุมชน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ฑัณทสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย |
| **รายการข้อมูล 2** (**Leading Indicator)** | | B = จำนวนผู้ติด ที่รับบการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 20 | 20 | 20 |   **ปี 2563:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 22 | 22 | 22 |   **ปี 2564:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 24 | 24 | 24 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ข้อมูล**  สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  **เกณฑ์การให้คะแนน**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data Indicator** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน 1 ปี (Retention Rate) | ร้อยละ |  |  |  |   หมายเหตุ หลังการบำบัดครบให้มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106  สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  2. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884  สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  3. นพ. อัครพล คุรุศาสตรา รองผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450  ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  4. นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  กลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ  5. นางอรพิน ทนันขัติ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106  สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  กองบริหารการสาธารณสุข  กรมการแพทย์ | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863  ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740  กองบริหารการสาธารณสุข  3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399  สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** | |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** | |
| **โครงการที่** | **15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด** | |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** | |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **34.ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate)** | |
| **คำนิยาม** | ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. V2 จำแนกเป็นผู้ใช้ (User) คะแนน 2 -3 และผู้เสพ (Abuse) คะแนน 4 – 26 | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 40 | 42 | 44 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการติดตาม(พบตัว)และหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบําบัดรักษายาเสพติดทุกระบบ ในสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ในรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) | |
| **แหล่งข้อมูล** | สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด (สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ฑัณทสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน) | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว | |
| **รายการข้อมูล 2** (**Leading Indicator)** | B = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน) | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 40 | 40 | 40 |   **ปี 2563:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 42 | 42 | 42 |   **ปี 2564:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 44 | 44 | 44 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | **ข้อมูล**  สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  **เกณฑ์การให้คะแนน**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data Indicator** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละ 40 ของผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด (3 month Remission rate) | ร้อยละ |  |  |  | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1. นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106  สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  2. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884  สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  3. นพ. อัครพล คุรุศาสตรา รองผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450  ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  4. นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  กลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ  5. นางอรพิน ทนันขัติ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106  สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  กองบริหารการสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1. นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863  ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740  กองบริหารการสาธารณสุข  3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399  สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)** |
| **โครงการที่** | | **16.การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)** |
| **ระดับการแสดงผล** | | **จังหวัด เขต และประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | | **35.ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)**  **ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20** |
| **คำนิยาม** | | การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)   | คำย่อ | คำเต็ม | คำอธิบาย | | --- | --- | --- | | BI | Barthel ADL index | แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 | | IMC | Intermediate care | การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง | | IPD | In-patient department | หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา | | Stroke | Cerebrovascular accident | การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64 | | TBI | traumatic brain injury | การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069 | | คำย่อ | คำเต็ม | คำอธิบาย | | SCI | spinal cord injury | การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3 | |  | Multiple Impairment | ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem | | A | โรงพยาบาลศูนย์ |  | | S | โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ |  | | M1 | โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก |  | | M2 | โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย | รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป | | F1 | โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ | รพช. ขนาด 60-120 เตียง | | F2 | โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง | รพช. ขนาด 30-90 เตียง | | F3 | โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก | รพช. ขนาด 10 เตียง | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :  **ตัวชี้วัดหลัก** ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ปีงบประมาณ 2562 | ปีงบประมาณ 2563 | ปีงบประมาณ 2564 | | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 100 |   **ตัวชี้วัดรอง** เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ปีงบประมาณ 2562 | ปีงบประมาณ 2563 | ปีงบประมาณ 2564 | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน 5. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ | |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย | |
| **รายการข้อมูล** | **ตัวชี้วัดหลัก** **ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)** (ความครอบคลุมในการให้บริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด)  A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2  **ภาคผนวก 1** เกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F  **ภาคผนวก 2** IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)  B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด  หมายเหตุ  \* โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา  \* การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ  **ตัวชี้วัดรอง** **เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)**  A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20  B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multipleimpairment | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) x 100 | |
| ระยะเวลาประเมินผล | ไตรมาส 2 และ 4 | |
| เกณฑ์การประเมิน:  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ตัวชี้วัดหลัก  ตัวชี้วัดรอง |  | ร้อยละ 25  ร้อยละ 50 |  | ร้อยละ 50  ร้อยละ 60 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ตัวชี้วัดหลัก  ตัวชี้วัดรอง |  | ร้อยละ 60  ร้อยละ 65 |  | ร้อยละ 75  ร้อยละ 70 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ตัวชี้วัดหลัก  ตัวชี้วัดรอง |  | ร้อยละ 85  ร้อยละ 75 |  | ร้อยละ 100  ร้อยละ 80 | | | |
| **วิธีการประเมินผล** | | สสจ. จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน |
| **เอกสารสนับสนุน** | | * รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ * รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) * แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559 |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | | | 2559 | 2560 | 2561 | |  |  | - | - | เริ่มมีการ ดำเนินการ IMC เป็นปีแรก | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1. นายแพทย์ ศุภศิลป์ จำปานาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ   โทรศัพท์มือถือ: 086-7024649 Email: [sjampanak@gmail.com](mailto:sjampanak@gmail.com)  กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี   1. นายแพทย์ ประสิทธิชัย มั่งจิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญ   โทรศัพท์มือถือ: 081-9230536 Email: [Peed.pr@gmail.com](mailto:Peed.pr@gmail.com)  กองบริหารการสาธารณสุข   1. แพทย์หญิง จุไรรัตน์ บัวภิบาล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ   โทรศัพท์มือถือ: 097-9698566 Email: [jurairat\_jaa@hotmail.com](mailto:jurairat_jaa@hotmail.com)  สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  กรมการแพทย์   1. แพทย์หญิง วิชนี ธงทอง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ   โทรศัพท์มือถือ: 086-5294597 Email: [vichyrehab@gmail.com](mailto:vichyrehab@gmail.com)  สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ |
| หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล  (ระดับส่วนกลาง) | | 1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ  การแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ :  081-935-7334  โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com |
| ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน | | 1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ การแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ :  081-935-7334  โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com  2. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ : 02-590-6352  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ :  085-959-4499  โทรสาร : 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **17. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขตสุขภาพ และ ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **36.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery** |
| **คำนิยาม** | การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้   | **ลำดับ** | **Diagnosis** | **ICD-10 /ICD-9-CM** | | --- | --- | --- | | 1 | Inguinal hernia | 53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ®  53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not  otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS  53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia  ® Direct and indirect inguinal hernia  53.02 Other and open repair of indirect inguinal  hernia ®  53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia  with graft or prosthesis ®  53.04 Other and open repair of indirect inguinal  hernia with graft or prosthesis ®  53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis,  not otherwise Specified  53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ®  53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise  specified  53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal  hernia ®  53.12 Other and open bilateral repair of indirect  inguinal hernia ®  53.13 Other and open bilateral repair of inguinal  hernia, one direct and one indirect ®  53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal  hernia with graft or prosthesis ®  53.15 Other and open bilateral repair of indirect  inguinal hernia with graft or prosthesis ®  53.16 Other and open bilateral repair of inguinal  hernia, one direct and one indirect, with graft or  prosthesis ®  53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or  prosthesis, not otherwise specified  53.2 Unilateral repair of femoral hernia  53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or  prosthesis  53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy  53.3 Bilateral repair of femoral hernia  53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or   prosthesis  53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy | | 2 | Hydrocele | 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)  Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis | | 3 | Hemorrhoid | 49.4 Procedures on hemorrhoids  49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy  49.45 Ligation of hemorrhoids  49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS  49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure | | 4 | Vaginal bleeding | 68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic  (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus  68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus  68.21 Division of endometrial synechiaeLysis of  intraluminal uterine adhesions  68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus  68.23 Endometrial ablation Dilation and curettage,  Hysteroscopic endometrial ablation  68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus  Uterine myomectomy | | 5 | Esophagogastricvarices  (Esophageal varices, Gastric varices) | I85.0 Oesophagealvarices with bleeding  I85.9 Oesophagealvarices without bleeding  I86.4 Gastric varices  I98.2\* Oesophagealvarices without bleeding in diseases  classified elsewhere  I98.3\* Oesophagealvarices with bleeding indiseases  classified elsewhere  42.33 Esophageal varices by endoscopic approach  43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach  44.43 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding | | 6 | Esophageal-Gastric Stricture | 44.22 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with  balloon endoscope Endoscopic dilation of  gastrojejunostomy site  44.92 Dilation of esophagus Dilation od cardiac  Sphincter | | 7 | Esophagogastric cancer with obstruction  (Esophageal cancer, gastric cancer) | C15.-Malignant neoplasm of oesophagus  C16.-Malignant neoplasm of stomach  42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or  tissue of esophagus  42.81 Insertion of permanent tube into esophagus | | 8 | Colorectal polyp  (colonic, rectal polyp) | D12.6 Colon, unspecificed polyposis (hereditary) of colon  K63.5 Polyp of colon  K62.0 Anal polyp  K62.1 Rectal polyp  45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine  45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue  of large intestine Endoscopic ablation of tumor  of large intestine Endoscopic control of colonic  bleeding | | 9 | Common bile duct Stone  (Bile duct stone) | K800:Calculus of gallbdr w ac cholecystitis  K801:Calculus of gallbdr w othcholecystitis  K802:Calculus of gallbdr w/o cholecystitis  K803:Calculus of bile duct w cholangitis  K804:Calculusof bile duct w cholecystitis  K805:Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis  51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy  51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract  51.86 Endoscopic insertion of nasobiliarydrainage tube  51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct | | 10 | Pancreatic ductstone | K86.8 Other specified diseases of pancreas: Calculus  51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy  52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into  Pancreatic duct  52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct | | 11 | Bile duct stricture | C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma: Cholangiocarcinoma  C23 Malignant neoplasm of gallbladder  C24.-Malignant neoplasm of other and unspecified  parts of biliary tract  C25.- Malignant neoplasm of pancreas  K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic  duct or gall bladder without calculus  K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of  cystic dust or gallbladder without Calculus  K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of bile duct  without calculus  K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions  of bile duct  K91.8 Other postprocedural disorders of digestive  system, not elsewhere classified: Postoperative  bile duct (common), (hepatic) stricture  51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy  51.86 Endoscopic insertion of nasabiliary drainage tube  51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct | | 12 | Pancreatic duct stricture | C25.- Malignant neoplasm of pancreas  K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis  K86.1 Other chronic pancreatitis  K91.8 Other postprocedural disorders of digestive  system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture  52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into  Pancreatic duct  52.97 Endoscopic insertion of nasopancreaticdrainage tube  52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct |   หมายเหตุ : รอประกาศเพิ่มจาก 12 โรคเดิม (รอผลการพิจารณาจากที่ประชุม สปสช.) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 25 | ร้อยละ 30 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่  จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน  2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง  3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย  4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS ผ่านระบบ One Day Surgery System |
| **แหล่งข้อมูล** | One Day Surgery System |
| **รายการข้อมูล 1** | จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery |
| **รายการข้อมูล 2** | จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด(Principle diagnosis) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | ร้อยละ 20 |  | ร้อยละ 20 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | ร้อยละ 25 |  | ร้อยละ 25 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | ร้อยละ 30 |  | ร้อยละ 30 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS)  2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | - | ร้อยละ | NA | NA | 36.34  (ข้อมูล 9 เดือน) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 2 กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270-9 ต่อ 7678-9  โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 โทรสาร : 0 2917 8917  E-mail : kityimpan@gmail.com  **โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์**  2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000 โทรศัพท์มือถือ : 081 967 4148  E-mail : taweechai1@hotmail.com  **โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา**  3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3458 7800 โทรศัพท์มือถือ : 081 941 7746  E-mail : [wibunphantha@yahoo.com](mailto:wibunphantha@yahoo.com)  **โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : [pattarawin@gmail.com](mailto:pattarawin@gmail.com)  กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com  **สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางจุฬารักษ์ สิงหกลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : klangpol@yahoo.com  2.. นางสาวบัณฑิตา ภูพวก นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6330 โทรศัพท์มือถือ : 09 5954 9878  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail :[bantita\_1993@hotmail.com](mailto:bantita_1993@hotmail.com)  กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329  โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : [sp.dms57@gmail.com](mailto:sp.dms57@gmail.com)  **สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์**  3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรศัพท์มือถือ : 08 5959 4499  โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com  **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **37. อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1** |
| **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1** | **เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care**  1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80  1.2อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 |
| **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2** | **ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง**  2.1อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100  2.2อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) |
| **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3** | **เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน**  3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80  3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 |
| **คำนิยาม** | **ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง** ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)  **แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ** การพัฒนา “**ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)**” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง **“ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)”** ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน  **การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ**  **“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง** ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับ**การคัดแยกเป็น Triage Level 1**  **“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง** นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน  “**การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) TBI**” หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของ หน้าที่การทำ งานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอก ทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก หรือบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**  อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12 \*โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 12 |  |  | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1**  1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 80 | **-** | **-** |   1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 60 | **-** | **-** | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2**  2.1อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 100 | - | - |   2.2อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 45 | - | - | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3**  3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 80 | - | - |   3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 80 | - | - | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ  ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2, 3 (1.1,1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2)** | โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1, F2 ขึ้นไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | HDC  1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน  2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION  3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT |
| **แหล่งข้อมูล** | มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล ตัวชี้วัดรอง**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.1** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.2** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.1** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.2** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.1** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.2** | | A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที | A = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม. | A = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ | A = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง {(ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ ( ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า ( ICD 10: R 40.243} | A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ | A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ | | B =จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด | B = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด | B = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกระดับ | B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมองทั้งหมด (ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ ( ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า ( ICD 10: R 40.243) | B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 | B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด | | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :** อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินใน**โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 15% | - | อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 12% | | |
| **เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 1 :**  1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 | อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 | อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 | | |
| **เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 2 :**  1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 60 | | |
| 2.1อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 | - | อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 | | |
| 2.2อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ไม่เกิน 45 % | ไม่เกิน 45 % | ไม่เกิน 45 % | ไม่เกิน 45 % | | |
| **เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 3 :**  3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 10 | | |
| 3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 80 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ขั้นตอนที่ 1** โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป มี TEA Unit เพื่อทำหน้าที่  จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก  รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง  วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน  Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ  วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ  นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม  ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน  **ขั้นตอนที่ 2** เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล  2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด  2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม  ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง  3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต  3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน  24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต  3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/  คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | |  | ร้อยละ | N/A | N/A | 11.89 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ** | 1. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :037-211297 โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com  **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี**  2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886  โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com  **โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**  3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148  โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com  **กรมการแพทย์** |
| **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com  **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี**  2. นายสโรช จินดาวณิชย์ นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 081-0745599  โทรสาร : 02-5901853 Email: maxjung\_woo@hotmail.com  **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน**  3. นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 095-4845829  โทรสาร : 02-5901853 E-mail : m.b.parichat@gmail.com  **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน**  4. นางสาวพิมลมาส คุ้มชุ่ม นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 085-2878945  โทรสาร : 02-5901853 E-mail : pepimolmas11@gmail.com  **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน**  5. นายอัครเดช เป็งจันตา นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 093-3923702  โทรสาร : 02-5901853 Email: akaradhp@gmail.com  **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. นายโสรัจจะ ชูแสง หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669  โทรสาร : Email : sorajja.c@niems.go.th  **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. น.พ.ธีรชัย ยงชัยตระกูล นายแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8429384  โทรสาร : E-mail : teerachai.y@gmail.com  **สำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์**  2. น.พ.กุลพัฒน์ วีรสาร นายแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 2399 โทรศัพท์มือถือ : 081-8438830  โทรสาร : 02-3547084 E-mail :kveerasarn@gmail.com  **สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์**  3. น.พ.เกษมสุข โยธาสมุทร นายแพทย์ปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310  โทรสาร : E-mail : k.yothasamutr@gmail.com  **กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์**  4. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com  **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุ**รี |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Services Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านการบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **38. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** |
| **คำนิยาม** | **ประชากร หมายถึง** ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย  **การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** **หมายถึง** การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ  **ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต** **(สีแดง) ได้แก่** บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)  **ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน** **หมายถึง** ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 22 | ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24 | ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1.เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน  2.เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้  ครอบคลุมทุกพื้นที่ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชาชนทุกคนในประเทศไทย |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดใน  โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PAภาครัฐ  2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของ รพ.ระดับA , S และM1สังกัด สธ.ในระบบ  รายงาน PAของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ |
| **แหล่งข้อมูล** | โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PAภาครัฐ  รายงานการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ของ สพฉ. |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562 :** พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 24 | ร้อยละ 24 | ร้อยละ 24 | ร้อยละ 24 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 24 | ร้อยละ 24 | ร้อยละ 24 | ร้อยละ 24 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 24 | ร้อยละ 24 | ร้อยละ 24 | ร้อยละ 24 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ  2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | 63,022 | จำนวนครั้ง  ผู้ป่วยสีแดง EMS | 80,522 | 98,732 | 106,739 | | 476,281 | จำนวนครั้ง  ผู้ป่วยสีแดง ER visit | 526,961 | 521,422 | 384,173 | | 13.23 | ร้อยละ | 15.28 | 18.94 | 27.78 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล้า ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรศัพท์มือถือ : 089 0361669  โทรสาร : 02-8721603 E-mail : kamolthip.s@niems.go.th  2. นายสุวภัทร อภิญญานนท์ พนักงานปฏิบัติการ (หัวหน้างาน)  งานติดตามประเมินผล  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรศัพท์มือถือ : 081-8321669  โทรสาร : 02-8721603 E-mail : Suwapat.a@niems.go.th  **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล้า ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรศัพท์มือถือ : 089 0361669  โทรสาร : 02-8721603 E-mail : kamolthip.s@niems.go.th  2. นายสุวภัทร อภิญญานนท์ พนักงานปฏิบัติการ (หัวหน้างาน)  งานติดตามประเมินผล  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรศัพท์มือถือ : 081-8321669  โทรสาร : 02-8721603 E-mail : Suwapat.a@niems.go.th  **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **39. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน** |
| **คำนิยาม** | **จังหวัดมีระบบจัดการ****ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน** หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ใน 6 ประเด็น ดังนี้  1. มีข้อมูล สถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  2. มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  3. มีกลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  4. มีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข  5. มีการจัดการคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  6. มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม  **พื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม** หมายถึง พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด ได้แก่ พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสารเคมีและสารอันตราย พื้นที่มีมลพิษทางอากาศ และพื้นที่คาดว่าจะเกิดผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (จำนวน 46 จังหวัด) พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ (จำนวน 27 จังหวัด) และพื้นที่ทั่วไปที่มีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่ (จำนวน 23 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 76 จังหวัด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 100 ของจังหวัด  ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน | ร้อยละ 80 ของจังหวัด  ผ่านเกณฑ์ระดับดี | ร้อยละ 60 ของจังหวัด  ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้ศูนย์อนามัย (ศอ.) เป็นรายไตรมาส  2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้ กรมอนามัย ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และสำเนา ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.)  3. หน่วยงานส่วนกลาง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส และสำเนาให้กรมควบคุมโรค  4. ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานฯ จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B)X100 |
| **ระยะเวลารายงาน** | รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน  (ธันวาคม 2561, มีนาคม 2562, มิถุนายน 2562, กันยายน 2562) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพแก่หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นทึ่ | ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน | ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน | ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แก่หน่วยงานสาธารณสุข/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นทึ่ | ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี | ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี | ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แก่หน่วยงานสาธารณสุข/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นทึ่ | ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก | ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก | ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการประเมินตนเอง (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)  2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.)  2.1 ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2.2 ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)  2.3 สุ่มประเมินเชิงคุณภาพ  2.4 จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต  3. ส่วนกลาง (กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค) สุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) และคู่มือการใช้งานระบบฯ  2. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  3. คำแนะนำการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์  4. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล  5. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง  6. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุขและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด  6.1 โปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข  6.2 หลักสูตรอบรมให้ความรู้ด้านการบังคับใช้กฎหมายและการยกร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข  7. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม  8. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  9. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง11. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ  10. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  11. คู่มืออบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ  12. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล  13. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital  14. แนวทางการพัฒนาชุมชสนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน  15. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่ |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณพ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน | ร้อยละ | 94.74  (72 จังหวัด) | 60.53  (46 จังหวัด)  ณ 25 กย.60 | 65.79  (50 จังหวัด)  ณ 11 กย.61 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **ประเด็นมีข้อมูล สถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ**  1. นางสาวพาสนา ชมกลิ่น นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ : 084-7141092  โทรสาร : 02-5904356 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th  **กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย**  2. นายประหยัด เคนโยธา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรศัพท์มือถือ : 097-1141359  โทรสาร : 02-5904388 E-mail : paktiw\_y@hotmail.com  **สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค**  **ประเด็นมีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ**  1. นายสุพจน์ อาลีอุสมาน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904359 โทรศัพท์มือถือ : 081-8691246  โทรสาร : 02-5904356 E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th  **กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย**  2. นายประหยัด เคนโยธา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรศัพท์มือถือ : 097-1141359  โทรสาร : 02-5904388 E-mail : [paktiw\_y@hotmail.com](mailto:paktiw_y@hotmail.com)  **ประเด็นมีกลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ**  1. นายพลากร จินตนาวิวัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรศัพท์มือถือ : 084-8289950  โทรสาร : 02-5918180 E-mail : [palakorn.c@anamai.mail.go.th](mailto:palakorn.c@anamai.mail.go.th)  **ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย**  2. นางสาวชญาณี ศรีวรรณ นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรศัพท์มือถือ : 097-1523336  โทรสาร : 02-5918180 E-mail : [chayanee.s@anamai.mail.go.th](mailto:chayanee.s@anamai.mail.go.th)  **ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย**  **ประเด็นมีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข**  1. นางสาวปาณิสา ศรีดโรมนต์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : 099-6549915  โทรสาร : 02-5904200 E-mail : [panisa.s@anamai.mail.go.th](mailto:panisa.s@anamai.mail.go.th)  **สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย**  **ประเด็นมีการจัดการคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่**น  1. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904177 โทรศัพท์มือถือ : 080-4346888  โทรสาร : 02-5904188 E-mail : [chailert.k@anamai.mail.go.th](mailto:chailert.k@anamai.mail.go.th)  **สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย**  **ประเด็นมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม**  1. นางสุธิดา อุทะพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : 063-4515644  โทรสาร : 02-5904255 E-mail : sutida.u@anamai.mail.go.th  **สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. นางสาวพาสนา ชมกลิ่น นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ : 084-7141092  โทรสาร : 02-5904356 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th  **กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย**  2. นายประหยัด เคนโยธา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรศัพท์มือถือ : 097-1141359  โทรสาร : 02-5904388 E-mail : [paktiw\_y@hotmail.com](mailto:paktiw_y@hotmail.com)  **สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นางสาวพาสนา ชมกลิ่น นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ : 084-7141092  โทรสาร : 02-5904356 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th  **กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย** |

**เอกสารแนบ**

**เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

| **ระดับพื้นฐาน** | **ระดับดี** | **ระดับดีมาก** |
| --- | --- | --- |
| **1. มีข้อมูล สถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ** | | |
| 1.1 มีการสำรวจ และจัดทำฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่  1.2 มีการปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัย  1.3 มีสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ (ที่สามารถระบุประเด็นปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่ได้) | 1.1 มีการข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ลงในระบบ NEHIS และหรือจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลรูปแบบต่างๆ อย่างน้อย 5 ประเด็น และมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูล อยู่ในรูปแบบของฐานข้อมูล  1.2 มีการปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัย  1.3 มีสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ (ที่สามารถระบุประเด็นปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่ได้)  1.4 มีการนำสถานการณ์ปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของพื้นที่ ไปกำหนดเป็นนโยบาย/แนวทางการจัดการปัญหา | 1.1 มีการข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ลงในระบบ NEHIS และหรือจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลรูปแบบต่างๆ อย่างน้อย 7 ประเด็น และมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูล อยู่ในรูปแบบของฐานข้อมูล  1.2 มีการปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัย  1.3 มีสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ (ที่สามารถระบุประเด็นปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่ได้)  1.4 มีการนำสถานการณ์ปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของพื้นที่ ไปกำหนดเป็นนโยบาย/แนวทางการจัดการปัญหา  1.5 มีการสื่อสารข้อมูล สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ และแนวทางการควบคุม/ป้องกันปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพแก่ประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง |
| ***หมายเหตุ :******ข้อมูลสิ่งแวดล้อม*** *ได้แก่ ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน ข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ข้อมูลพื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ*  ***ข้อมูลสุขภาพ*** *ได้แก่ ข้อมูลจำนวนประชากร/ข้อมูลสถานะสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงสัมผัสมลพิษสิ่งแวดล้อมและผู้ประกอบอาชีพในพื้นที่*  ***ฐานข้อมูล*** *ได้แก่ ระบบสารสนเทศอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS)**/ระบบตรวจสอบมาตรฐานสถานประกอบการด้านอาหาร กรมอนามัย /โปรแกรมสำเร็จรูปการบังคับใช้กฏหมายว่าด้วยการสาธารณสุขขององกค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล /โปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ /ฐานข้อมูลในรูปแบบ Excel File และฐานข้อมูลในรูปแบบอื่นๆ* | | |
| **2. มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ** | | |
| 2.1 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่  2.2 มีการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจวัดและเฝ้าระวังด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม  2.3 มีการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพ(โรค/อาการสำคัญ) จากมลพิษสิ่งแวดล้อม และจากการประกอบอาชีพที่สำคัญ เพื่อการเฝ้าระวังในพื้นที่  2.4 มีการรวบรวมข้อมูลโรค/อาการสำคัญตามประเด็นปัญหาในพื้นที่จากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือจากการประกอบอาชีพ  2.5 มีแผนการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพและการสนับสนุน ติดตามเพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับ รพศ./รพท. และ รพช. (บางแห่ง)  2.6 มีแผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคจากการปรระกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม | 2.1 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่  2.2 มีฐานข้อมูลผลการตรวจวัดและเฝ้าระวังด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่  2.3 มีการรวบรวมข้อมูลโรค/อาการสำคัญตามประเด็นปัญหาในพื้นที่จากมลพิษสิ่งแวดล้อมและจากการประกอบอาชีพ  2.4 มีการนำข้อมูลผลการตรวจวัดคุณภาพสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพเสนอเข้าที่ประชุมที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 คณะ เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม  2.5 มีการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพและการสนับสนุน ติดตามเพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับ รพศ./รพท., รพช. (ทุกแห่ง) และ รพ.สต.(บางแห่ง)  2.6 มีทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด (วัดความสำเร็จที่คำสั่งฯ) | 2.1 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่  2.2 มีฐานข้อมูลผลการตรวจวัดและเฝ้าระวังด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่ ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี  2.3 มีการรวบรวมข้อมูลโรค/อาการสำคัญตามประเด็นปัญหาในพื้นที่จากมลพิษสิ่งแวดล้อมและจากการประกอบอาชีพ อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน  2.4 มีการนำข้อมูลผลการตรวจวัดคุณภาพสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพเสนอเข้าที่ประชุมที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 คณะ และมีข้อมูลการแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 1 ประเด็น  2.5 มีการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพและการสนับสนุน ติดตามเพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับ รพศ./รพท., รพช. (ทุกแห่ง) และ รพ.สต.(อย่างน้อยร้อยละ 80)  2.6 มีทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด และเครือข่ายทีมสอบสวนโรคฯ ระดับอำเภอ ที่เป็นรูปธรรม (วัดความสำเร็จที่คำสั่งฯ)  2.7 เป็นการเฝ้าระวังที่คุ้มครองสุขภาพของประชาชนมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรในจังหวัด |
| **3. มีกลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัด** | | |
| 3.1 มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงของจังหวัด  3.2 มีกลไกในการขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงระดับจังหวัด เช่น คณะกรรมการ คณะทำงาน เป็นต้น  3.3 มีการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์และข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่ เช่น การจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด, การจัดทำโครงการ, การออกนโยบายระดับจังหวัด, คำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัด ฯลฯ  3.4 มีการส่งรายงานการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามข้อ 3.3  3.5 มีการส่งสรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงประจำปี | 3.1 มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงของจังหวัด  3.2 มีการขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงระดับจังหวัดผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด  3.3 มีการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัดตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์และข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่ เช่น การจัดทำโครงการ, การออกนโยบายระดับจังหวัด, คำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัด ฯลฯ  3.4 มีการส่งรายงานการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามข้อ 3.3 มายังฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสาธารณสุขผ่านทางโปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข  3.5 มีการส่งสรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงประจำปีมายังฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสาธารณสุขผ่านทางโปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข  3.6 มีการขยายผลหรือบูรณาการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น การตั้งคณะอนุกรรมการ การจัดทำโครงการร่วมระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น | 3.1 มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงของจังหวัด  3.2 มีการขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงระดับจังหวัดผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด  3.3 มีการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัดตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์และข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่ เช่น การจัดทำโครงการ, การออกนโยบายระดับจังหวัด, คำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัด ฯลฯ  3.4 มีการส่งรายงานการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามข้อ 3.3 มายังฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสาธารณสุขผ่านทางโปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข  3.5 มีการส่งสรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงประจำปีมายังฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสาธารณสุขผ่านทางโปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข  3.6 มีการขยายผลหรือบูรณาการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น การตั้งคณะอนุกรรมการ การจัดทำโครงการร่วมระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น  3.7 มีการประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง หรือมีต้นแบบ (best practice) การจัดการปัจจัยเสี่ยงของจังหวัดอย่างน้อย 1 ประเด็น และเผยแพร่ หรือนำไปใช้ประโยชน์  3.8 มีการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง หรือข้อเสนอต่อการพัฒนากฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข |
| **4.** **มีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข** | | |
| 4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน  4.2 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข ได้แก่  (1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สังกัดกรมวิชาการ และรพ.สต.)  (2) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ  4.3 สถานบริการการสาธารณสุขมีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) ร้อยละ 10 | 4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน  4.2 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข ได้แก่  (1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สังกัดกรมวิชาการ และรพ.สต.)  (2) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ  (3) โรงพยาบาลเอกชน  (4) คลินิกเอกชน  4.3 สถานบริการการสาธารณสุขมีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) ร้อยละ 20 | 4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน  4.2 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข ได้แก่  (1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สังกัดกรมวิชาการ และรพ.สต.)  (2) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ  (3) โรงพยาบาลเอกชน  (4) คลินิกเอกชน  (5) สถานพยาบาลสัตว์  4.3 สถานบริการการสาธารณสุขมีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) ร้อยละ 30 |
| **5. มีการจัดการคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** | | |
| 5.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบาย ให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  5.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ  5.3. ร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (ตามที่กรมอนามัยกำหนด) | 5.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงาน  ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ  มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบาย  ให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  5.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ  5.3 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)  5.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor) | 5.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบาย ให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  5.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ  5.3 ร้อยละ 60 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)  5.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)  5.5 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับเกียรติบัตร และเป็นต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ครบทั้ง 9 ประเด็นงาน ใน 1 จังหวัด |
| *หมายเหตุ : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา* | | |
| **6. มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม** | | |
| 6.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม  6.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 | 6.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม  6.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 60  6.3 มีนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่ | 6.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม  6.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 70 ขึ้นไป  6.3 มีนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่  6.4 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ/หรือเป็นแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม  6.5 มีชุมชนต้นแบบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต,ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **40. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาเมืองสมุนไพร** |
| **คำนิยาม** | **ระดับความสำเร็จ** หมายถึง ความสำเร็จของเกณฑ์วัดการพัฒนาเมืองสมุนไพรที่นำเกณฑ์ประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร ซึ่งกำหนดโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้ประเมินระดับความสำเร็จ  **เมืองสมุนไพร** หมายถึง ภาพจําลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่เกิดการพัฒนาในระดับภูมิภาคโดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและสร้างการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้อาศัยกลไกของประชารัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) โดยมีแนวทางการดําเนินงานภายใต้ 4 มาตรการ ดังนี้  มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อน พื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน  มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร  มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์เพิ่มมูลค่าและการตลาด  มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ  ปัจจุบันมีการดำเนินการโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรทั้งสิ้น 13 จังหวัด ซึ่งมีการดำเนินงาน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ดำเนินการนำร่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 - 2560 ใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) จังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11) และระยะที่ 2 ดำเนินการส่วนขยาย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 ใน 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3) จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4) จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5) จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) จังหวัดอํานาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10) และจังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | การประเมินระดับความสำเร็จในการพัฒนาเมืองสมุนไพรจะวัดจากเกณฑ์ของการพัฒนาเมืองสมุนไพร โดยแบ่งเป็นต้นทาง กลางทาง ปลายทาง จำนวน 10 ข้อ ดังนี้  ต้นทาง   1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก สมุนไพร 2. มีจุดรวบรวมและขยายสมุนไพรพันธุ์ดี 3. จำนวนของเกษตรกรที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/organic สมุนไพร ปีละ 30 ราย 4. มีการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่ได้รับการรับรอง Organic อย่างน้อย 1 แหล่ง   กลางทาง   1. มีแผนข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด เมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) 2. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์   ปลายทาง   1. มีแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายตามแผน 2. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5 3. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น 4. มีข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)   **การวัดผลสำเร็จ:**ดำเนินการประเมินตามแบบประเมินเกณฑ์พัฒนาเมืองสมุนไพรตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด โดยจังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 (8ข้อใน10ข้อ) ในปี 2562 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้โครงการเมืองสมุนไพรดำเนินไปตามแผนแม่บท ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยเพื่อเศรษฐกิจ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เขตพื้นที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพรจำนวน 13 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ ได้แก่  1. จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) 2. จังหวัดพิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2)  3. จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3) 4. จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)  5. จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5) 6. จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)  7. จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) 8. จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7)  9. จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) 10. จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9)  11. จังหวัดอำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10) 12. จังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)  13. จังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. แบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร  2. การตรวจราชการและนิเทศงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ข้อมูลจากแบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร  2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน  3. ข้อมูลจาก hdcservice.moph.go.th  4. ข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร |
| **รายการข้อมูล 2** | B = เกณฑ์ประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพรจำนวน10 ข้อ |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | ปี 2562 | ปี 2563 | ปี 2564 | | จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 | จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 | จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 |   **Small success :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | | 1.มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก, ผู้จำหน่าย, ผู้แปรรูป/ผู้ประกอบการ  2.มีพื้นทีดำเนินการปลูกสมุนไพรให้เป็น Organic อย่างน้อย 1 แห่ง  3.มีแผนข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) | 1.มีการพัฒนาพันธุ์ต้นกล้าสมุนไพรที่มีคุณภาพ  2.มีแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าตามแผน | 1.มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ | 1.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5  2.ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น  3.มีข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)  4.ร้อยละของเกษตรกรที่ได้รับการรับรองGAP/ORGANIC เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ต่อปี | |
| **วิธีการประเมินผล** | 1. ข้อมูลจากแบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร  2. การอัพเดตข้อมูลขึ้นเว็บไซด์ healthkpi.moph.go.th  3. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน |
| **เอกสารสนับสนุน** | 1. แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-2564)  2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพร |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางสาวพิชญารัตน์ วรรณวุฒิกุล ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้อำนวยการกองสมุนไพร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 087-2566825  โทรสาร : 02-1495609 E-mail : [th.herbalcity@gmail.com](mailto:th.herbalcity@gmail.com)  **กองสมุนไพร**  2. นายณัฐวุฒิ ปราบภัย เภสัชกรปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 099-4671110  โทรสาร : 02-1495609 E-mail : [th.herbalcity@gmail.com](mailto:th.herbalcity@gmail.com)  **กองสมุนไพร**  3. นางสาวอัปสร บุตรดา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 080-1148545  โทรสาร : 02-1495609 E-mail : th.herbalcity@gmail.com  **กองสมุนไพร** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **ผู้รับผิดชอบรายงานผลและการดำเนินงาน** | 1. นางสาวผสุชา จันทร์ประเสิรฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 064-3235939  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : ppin1987@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน**  2. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989  โทรสาร : 02-591-0218 E-mail : sukanya0210@gmail.com  **กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ** |
| **ระดับการวัดผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **41. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | **เขตสุขภาพ หมายถึง** กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3-6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อ เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน  **การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง** เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบดังนี้  **1)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง** กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ 38 สายงาน ประกอบด้วย  1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข  2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)ได้แก่  2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย  2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา  3. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 7 สายงาน ประกอบด้วย  เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข  เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์  4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 10 สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ  5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น  **2)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง** กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ  **3)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง** กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด  **4)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง** กระบวนการในการ  สรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข  **5)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง** กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มทุน และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม  **เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง** ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **องค์ประกอบ** | **วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล** | **เกณฑ์เป้าหมาย** | **ค่าเป้าหมาย** | | 1.**การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ** | 1.กระบวนการจัดทำแผน  1.1.แผนความต้องการกำลังคน(จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) โดยมีความครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย  1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของเขตที่และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี) | 1. .แผนความต้องการกำลังคน(จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต)  2. แผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence | เฉลี่ย 5 ปี  ที่ระดับ 3  และเป้าหมายปีที่ 5  ที่ระดับ 5 | | 2.**การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน** | 1.ความร่วมมือระหว่างสถาบันการผลิตและพัฒนาและเขตสุขภาพ  2.การบูรณการทรัพยากรในการใช้(คน เงิน ของ)  ร่วมกัน Stakeholder ในเขตสุขภาพ | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด | เฉลี่ย 5 ปี  ที่ระดับ 3  และเป้าหมายปีที่ 5  ที่ระดับ 5 | | 3.**การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน** | 1.การใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันเวลา | การเบิกจ่ายงบประมาณได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด | เฉลี่ย 5 ปี  ที่ระดับ 3  และเป้าหมายปีที่ 5  ที่ระดับ 5 | | 4.**การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน** | 1.การจัดสรร/การกระจาย/กลุ่มเป้าหมายของบุคลากรอย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวน  และศักยภาพ) ให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของเขต | มีจำนวนความต้องการ/การพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด | เฉลี่ย 5 ปี  ที่ระดับ 3  และเป้าหมายปีที่ 5  ที่ระดับ 5 | | 5.**การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ** | 1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ  ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและพัฒนากำลังคน  2.การลดข้อร้องเรียนและ การต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายในระดับเขต/ประเทศ | 1.จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขตลดลง  2.จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการย้าย ลาออกลดลง | เฉลี่ย 5 ปี  ที่ระดับ 3  และเป้าหมายปีที่ 5  ที่ระดับ 5 | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | เขตสุขภาพ จำนวน 9 เขต ต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป ทั้ง 5 องค์ประกอบ | เขตสุขภาพ จำนวน 10 เขต ต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป ทั้ง 5 องค์ประกอบ | เขตสุขภาพ จำนวน 12 เขต ต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป ทั้ง 5 องค์ประกอบ | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เขตสุขภาพ 12 เขต |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ตรวจราชการจังหวัด/  การสำรวจจากเขตสุขภาพ  การรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3) |
| **แหล่งข้อมูล** | จังหวัด/เขตสุขภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | A |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 2 ครั้ง (ตามรอบการตรวจราชการ) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 4 | 9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5 |  |   **ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ค่าคะแนนที่ได้** | | | | | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >,=4 | เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ>,= 4 | เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่  1-2 ที่ระดับ>,= 4 | เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่  1-3 ที่ระดับ>,= 4 | เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ>,= 4 |   **ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ค่าคะแนนที่ได้** | | | | | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | 5 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >,=5 | 6 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >,=5 | 7 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >,=5 | 8 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >,=5 | 9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >,=5 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด |
| **เอกสารสนับสนุน :** | นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ  แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)  ยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2557** | **2558** | **2559** | | เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด | ระดับความ  สำเร็จ | - | - | 50 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | สถาบันพระบรมราชชนก   1. ผู้อำนวยสถาบันพระบรมราชชนก โทรสาร : 02-5901817 2. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก   โทรสาร : 02-5901817 |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สถาบันพระบรมราชชนก |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1.ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก  โทรสาร : 02-5901817 |

**เอกสารแนบ**

**เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้**

| **องค์ประกอบ** | **ระดับคะแนน** | **เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ** |
| --- | --- | --- |
| 1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ | 5 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ |
| 4 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |
| 3 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |
| 2 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |
| 1 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |
| 2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน | 5 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100 |
| 4 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80 |
| 3 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60 |
| 2 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40 |
| 1 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20 |
| 3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน | 5 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100 |
| 4 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90 |
| 3 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80 |
| 2 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70 |
| 1 | การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60 |
| 4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน | 5 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย |
| 4 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย |
| 3 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย |
| 2 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย |
| 1 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย |
| 5.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ | 5 | ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |
| 4 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |
| 3 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |
| 2 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |
| 1 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขตสุขภาพ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **42.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** |
| **คำนิยาม** | **1. เขตสุขภาพ (Regional Health)** หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีแนวนโยบายจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **เขตสุขภาพ** | **จำนวนจังหวัด** | **จังหวัด** | | 1 | 8 | เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน | | 2 | 5 | ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ | | 3 | 5 | กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท | | 4 | 8 | นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก | | 5 | 8 | กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี | | 6 | 8 | จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ | | 7 | 4 | กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด | | 8 | 7 | นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี | | 9 | 4 | ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ | | 10 | 5 | ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร | | 11 | 7 | กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี | | 12 | 7 | นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง |   **2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง** บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง  2.1 ข้าราชการ   2.2 พนักงานราชการ  2.3 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข  2.4 ลูกจ้างประจำ  2.5 ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)   ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ทุกสายงาน  **3. เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง เขตสุขภาพที่ได้รับคะแนน ตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน (ประเด็นละ 25 คะแนนเต็ม) ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังกล่าว ประกอบด้วย  **3.1 มีข้อมูล** คะแนนเต็ม 25 คะแนน  **1) ข้อมูล** หมายถึง รายละเอียดข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุข เช่น  ชื่อ – สกุล, เพศ, อายุ, เงินเดือน, การเลื่อนตำแหน่ง ฯลฯ  **2) รายงานสถิติกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง รายงานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข เช่น รายงานจำนวนข้อมูลบุคลากรตามประเภทการจ้าง รายงานจำนวนบุคลากรตามตำแหน่ง รายงานจำนวนสูญเสียบุคลากร รายงานจำนวนตำแหน่งว่าง ฯลฯ  **3) ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข **4) มีข้อมูล** หมายถึง มีการเชื่อมโยงข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข **3.2 มีแผนบริหารตำแหน่ง** คะแนนเต็ม 25 คะแนน  **1) ตำแหน่งว่าง** หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน ซึ่งมีความจำเป็นและขาดแคลน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด  **2) แผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง มีการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอน การบริหารจัดการตำแหน่งว่างที่มีอยู่เพื่อให้สามารถดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวมและกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น  **3) มีแผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง ทุกเขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่ง และมีกิจกรรมการดำเนินการตามข้อ 2)  **3.3 มีการดำเนินการตามแผน** คะแนนเต็ม 25 คะแนน  **1) แผน** หมายถึง แผนบริหารตำแหน่งว่าง  **2) การบริหารจัดการ** หมายถึง การดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้แล้วเสร็จจนกระทั่งมีคำสั่งและบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)  **3) การสรรหาบุคคล** หมายถึง การคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น การบรรจุผู้ได้รับคัดเลือก การบรรจุผู้สอบแข่งขันได้ การบรรจุกลับ การรับย้าย/รับโอน  **4) มีการดำเนินการตามแผน** หมายถึงมีการดำเนินการตามกระบวนการ/ขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ตามแผนการบริหารตำแหน่ง โดยจะต้องมีอัตราว่างลดลงคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5 ในไตรมาส 2 (และคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 ในไตรมาส 4) ซึ่งคำนวณจากจำนวนตำแหน่งว่างของข้าราชการและพนักงานราชการคงเหลือ เทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันรายงานผล  **3.4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71** คะแนนเต็ม 25 คะแนน  **1) กรอบอัตรากำลัง** หมายถึง การกำหนดจำนวนกำลังคนที่ควรมีตามภารกิจและหน้าที่ของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยใช้กรอบอัตรากำลังที่กำหนดปี 2560 – 2564 ตามมติ อ.ก.พ. ครั้งที่ 3/2560 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560 และจำนวนคนที่ควรมีรวมการจ้างทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)  **2) การให้บริการทางการแพทย์** หมายถึง การกระทำต่อร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จิตใจของมนุษย์ และการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหรือเหตุใด ๆ การผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจ การแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ รวมถึงกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก (มติ อ.ก.พ กระทรวง ครั้งที่ 5/2561 วันที่ 25 กรกฎาคม 2561) ได้แก่  **2.1) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความขาดแคลนสูง** หมายถึง สายงานที่สรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ยาก มีการผลิตน้อย หรือมีอัตราการแข่งขันทางการตลาดสูง ได้แก่  1. นักกายภาพบำบัด/จพ.เวชกรรมฟื้นฟู  2. นักกิจกรรมบำบัด/จพ.อาชีวบำบัด  3. นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์  4. นักรังสีการแพทย์/จพ.รังสีการแพทย์  5. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  6. นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก  7. นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์  **2.2) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่ยังมีความขาดแคลน** ได้แก่  1. นายแพทย์  2. ทันตแพทย์  3. เภสัชกร  4. พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเทคนิค  5. จพ.ทัตนสาธารณสุข  6. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม  7. ช่างทันตกรรม  8. นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข  9. แพทย์แผนไทย  10. นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพ.วิทย์  **3) บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ** หมายถึง จำนวนบุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้น 2.1 สายงานที่มีความขาดแคลนสูง) ที่มีอยู่จริงของเขตสุขภาพ เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน นับรวมทุกประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 71  **4. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง  จำนวนเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตามข้อ 3) เมื่อเทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมดมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |   **เกณฑ์การให้คะแนน**  **เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง เขตสุขภาพที่ได้รับคะแนนตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็น ประกอบด้วย  1. มีข้อมูล คะแนนเต็ม 25 คะแนน  2. มีแผนบริหารตำแหน่ง คะแนนเต็ม 25 คะแนน  3. มีการดำเนินงานตามแผน คะแนนเต็ม 25 คะแนน  4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 คะแนนเต็ม 25 คะแนน  รวม 100 คะแนน  **รายละเอียดการให้คะแนน** :  1. มีข้อมูล (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ขั้นตอนการดำเนินงาน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | | 1 | ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน | 10 คะแนน | | 2 | มีการรายงานสถิติกำลังคน | 5 คะแนน | | 3 | มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข (ใช้วิธีการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ) | 10 คะแนน | | รวม | | 25 คะแนน |   2. มีแผนการบริหารตำแหน่ง (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ขั้นตอนการดำเนินงาน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | | 1 | มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน | 5 คะแนน | | 2 | จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง | 5 คะแนน | | 3 | มีแผนกำลังคน ด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ | 10 คะแนน | | 4 | มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายในเขตสุขภาพและหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพทราบ (หนังสือเวียน/ประกาศ) | 5 คะแนน | | รวม | | 25 คะแนน |     3. มีการดำเนินการตามแผน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)  **ตัวชี้วัด** ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด  **สูตรคำนวณ** = จำนวนตำแหน่งว่าง (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพ X 100  จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพ   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | เกณฑ์การให้คะแนน | 10 คะแนน | 15 คะแนน | 20 คะแนน | 25 คะแนน | | ไตรมาส 2 | ร้อยละ 8 | ร้อยละ 7 | ร้อยละ 6 | ร้อยละ 5 | | ไตรมาส 4 | ร้อยละ 6 | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 4 | ร้อยละ 3 |     4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)  **สูตรคำนวณ** = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง X 100  กรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | เกณฑ์การให้คะแนน | 10 คะแนน | 15 คะแนน | 20 คะแนน | 25 คะแนน | | ไตรมาส 4 | ร้อยละ 68 | ร้อยละ 69 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 71 |     **แนวทางการคำนวณตามเกณฑ์การให้คะแนนการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **เขตสุขภาพ** | **การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** | | | | | | | | **มีข้อมูล**  (25 คะแนน) | **มีแผนบริหารตำแหน่ง**  (25 คะแนน) | **มีการดำเนินงานตามแผน**  (25 คะแนน) | **บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ≥71 %**  (25 คะแนน) | **รวม**  (100 คะแนน) | **ผ่าน (≥ 70%)**  **/** | **ไม่ผ่าน**  **(< 70%)**  **X** | | **1** |  |  |  |  |  |  |  | | **2** |  |  |  |  |  |  |  | | **3** |  |  |  |  |  |  |  | | **4** |  |  |  |  |  |  |  | | **5** |  |  |  |  |  |  |  | | **6** |  |  |  |  |  |  |  | | **7** |  |  |  |  |  |  |  | | **8** |  |  |  |  |  |  |  | | **9** |  |  |  |  |  |  |  | | **10** |  |  |  |  |  |  |  | | **11** |  |  |  |  |  |  |  | | **12** |  |  |  |  |  |  |  | | **รวม** |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอ มีคุณภาพ และมีความสุข  2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ สามารถบริหารจัดการ  ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุข  ไปสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ   พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน))  2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต.และ สอ.น.) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS)  2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งและการดำเนินการตามแผนของทุกเขตสุขภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงาน   ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS)  2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต.และ สอ.น.) |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาสที่ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ | มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน | มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด | เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12เดือน | | เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ | มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน | มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด | เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | | เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ | มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน | มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด | เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS |
| **เอกสารสนับสนุน :** |  |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ | ร้อยละ | - | - | 73.68 |     ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอคิดเป็นละ 73.68 โดยคำนวณจากจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอตามกรอบอัตราขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จำนวน 59 จังหวัด เทียบกับจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sansernx@gmail.com  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | นายพรชัย ปอสูงเนิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862  โทรสาร : 02-5901858 E-mail : hrmoph@gmail.com  **กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติราชการและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านบริหารทรัพยากรบุคคล**  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  1. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02–5918553 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5901355 E-mail : pink1327@hotmail.com  2. นายวิฑูรย์ หอมดวง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02–5918553 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5901355 E-mail : nonglom@hotmail.com  3**.** นางสาวมินตรา จิรมงคลโรจน์ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02–5918553 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5901355 E-mail :mintra.jiramongkonrod@gmail.com  **กลุ่มงานอัตรากำลัง กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางฐิตาภรณ์ จันทร์สูตร นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662  โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com  2. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 – 8864662  โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com  3.นางสาวกนกกาญจน์ ฤทธิ์เลิศ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662  โทรสาร : 02-5901344 E-mail hrmd.strategy@gmail.com  **กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล**  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **43. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)** |
| **คำนิยาม** | **องค์กรแห่งความสุข หมายถึง** หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามกระบวนการขับเคลื่อน 5 ขั้นได้แก่  ขั้นที่ 1 การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)  ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)  และสุขภาวะองค์กร (HPI)  ขั้นที่ 3 การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข  ขั้นที่ 4 การดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข  ขั้นที่ 5 มีความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร(HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **การทำแบบประเมิน Happinometer : บุคลากรทุกคนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**  1. ข้าราชการ  2. พนักงานราชการ  3. ลูกจ้างประจำ  4. พนักงานราชการ  5. ลูกจ้างชั่วคราว (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา)  **การทำแบบประเมิน HPI : บุคลากรระดับหัวหน้างานของหน่วยงานขึ้นไปทุกคน โดยหน่วยงานประกอบด้วย**  1. หน่วยงานส่วนกลาง  2. เขตสุขภาพ  3. สสจ.  4. รพศ.  5. รพท.  6. รพช.  7. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based  2.รายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ sms |
| **แหล่งข้อมูล** | Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูลของรอบ 3 เดือน** | 1. การตอบแบบประเมิน Happinometer ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)  2. การตอบแบบประเมิน HPI ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) |
| **รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน Happinometer** | A = จำนวนบุคลากรที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) |
| B = จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน HPI** | A = จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรระดับหัวหน้างานขึ้นไปการเข้าตอบแบบประเมินในระบบ (HPI) |
| B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **แหล่งข้อมูลของรอบ 6 เดือน** | รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 1) |
| **แหล่งข้อมูลของรอบ 9 เดือน** | รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 2) |
| **แหล่งข้อมูลของรอบ 12 เดือน** | รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 3)  ใช้เกณฑ์การประเมิน (เอกสารหมายเลข 4) |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุกไตรมาส |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | --- | --- | --- | --- | | 1.ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)  2.ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) | ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข | ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการดำเนินงานตามแผนฯ อย่างเป็นรูปธรรม | มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จังหวัด/กรมละ 1 เรื่อง |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และแบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 80 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และแบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 90 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | สำรวจ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2 (เอกสารแนบ 1)  แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3 (เอกสารแนบ 2)  แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4 (เอกสารแนบ 3) |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**  **Happinometer** | ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ Happinometer ไปใช้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | - | ร้อยละ | - | 78.84 | 71.9  (9 เดือน) | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**  **HPI** | ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ HPI ไปใช้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | - | ร้อยละ | - | 62.18 | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : inspect.n@gmail.com  2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : bps.pavinee@gmail.com  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : inspect.n@gmail.com  2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : bps.pavinee@gmail.com  3. นางสาวจิราพร อิทธิชัยวัฒนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 085-1273438  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : [j.kaampou@gmail.com](mailto:j.kaampou@gmail.com)  4. นางสาวรัชนก พิมพ์สะอาด นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 080-4818387  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : [mook\_0507@hotmail.com](mailto:mook_0507@hotmail.com)  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

**เอกสารแนบ 1**

**แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2**

**ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงาน** |  | **ผลการวิเคราะห์ Happinometer** | | | | **ผลการวิเคราะห์ HPI** |
| **เพศ** | **อายุ** | **สายงาน** | **ความสุขรายมิติ** | **อื่น ๆ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**เอกสารแนบ 2**

**แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3**

**ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม**

**มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขและดำเนินงานตามแผนฯ**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| หน่วยงาน | **องค์ประกอบของแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข** | | | **ผลการดำเนินงานตามแผน** | | | **ปัญหา/อุปสรรค** |
| **ผลวิเคราะห์ Hppinometer** | **ผลวิเคราะห์ HPI** | **ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน**  **(เช่น อัตรากำลัง กลุ่มอายุ สายงาน)** | **ดำเนินการแล้ว** | **อยู่ระหว่างดำเนินการ** | **ปรับแผน** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**เอกสารแนบ 3**

**แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4**

**มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จังหวัด/กรมละ 1 เรื่อง**

**(เกณฑ์การคัดเลือกตามเอกสารแนบ 4)**

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

**หน่วยงาน**.....................................................

**ประเด็น Success story หรือ Bright spot**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**บทสรุปผู้บริหาร**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

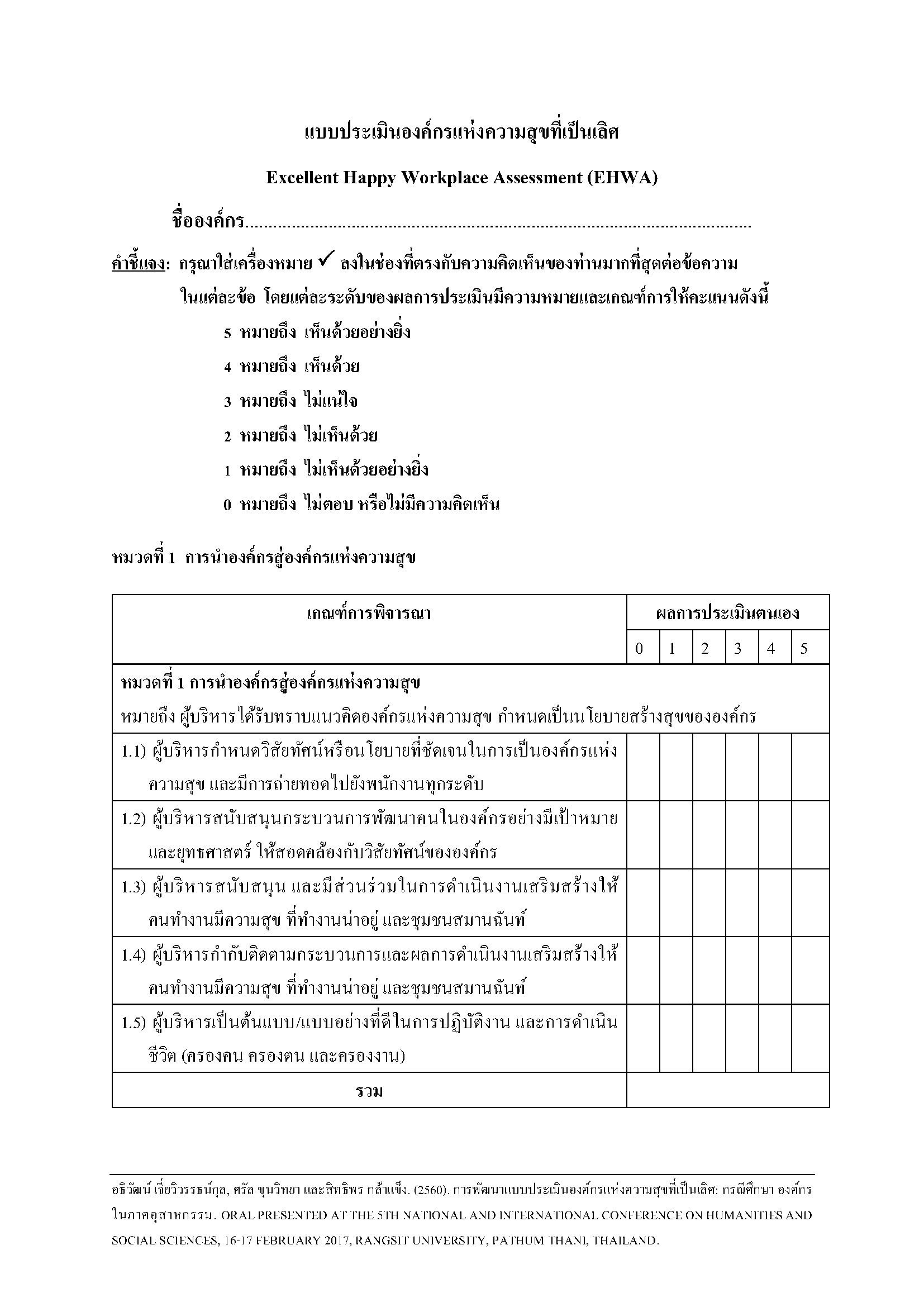
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

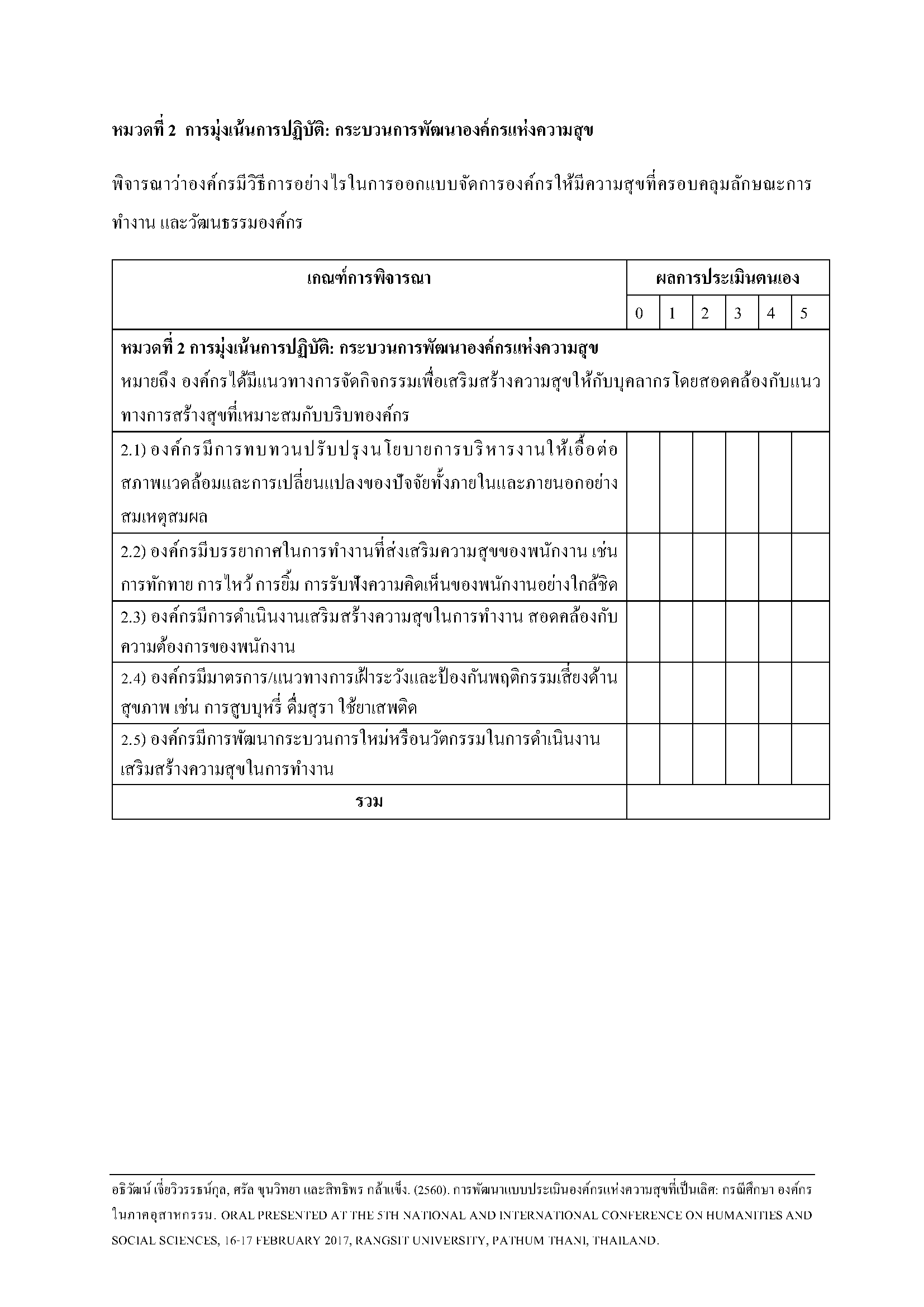
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

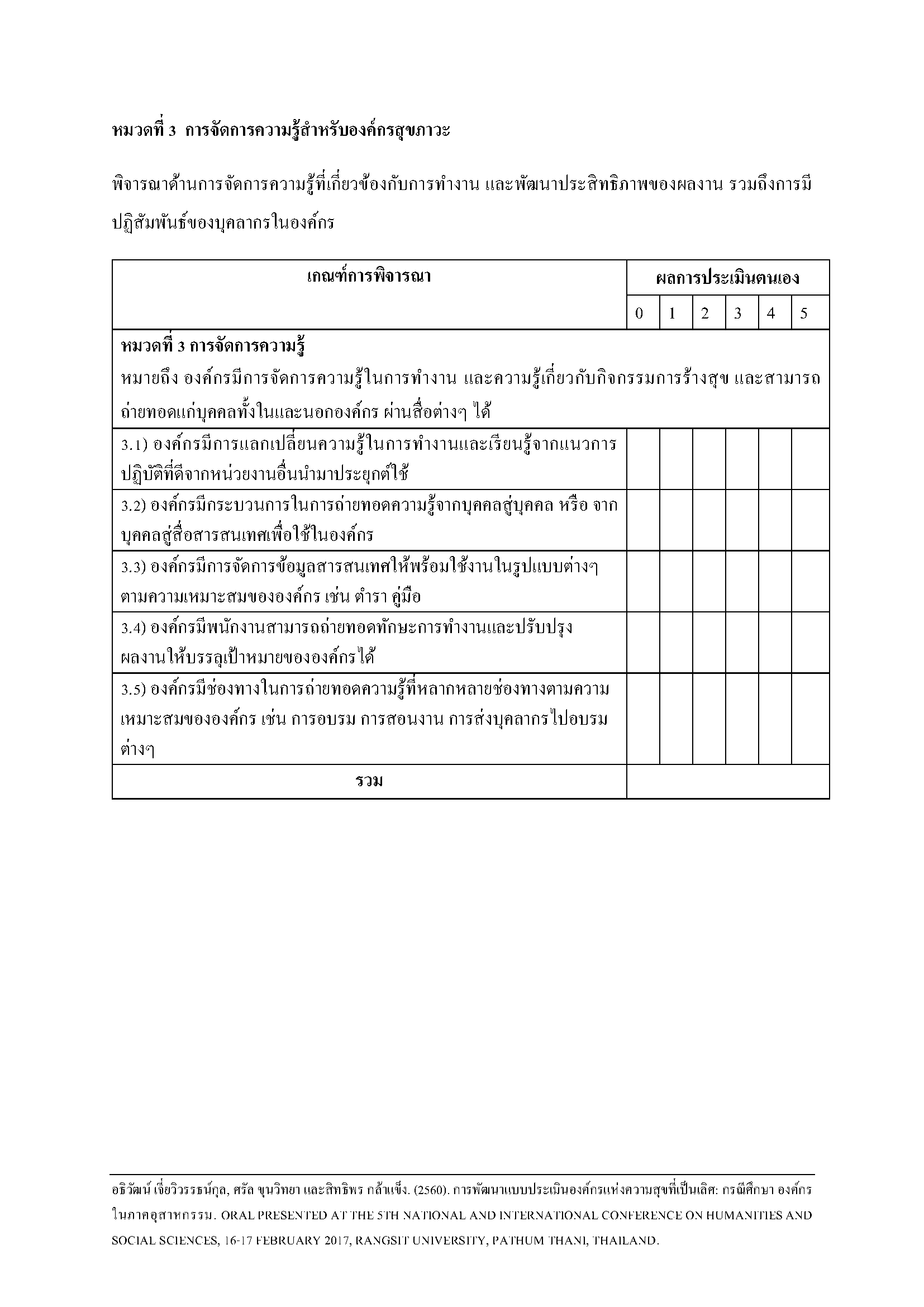
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

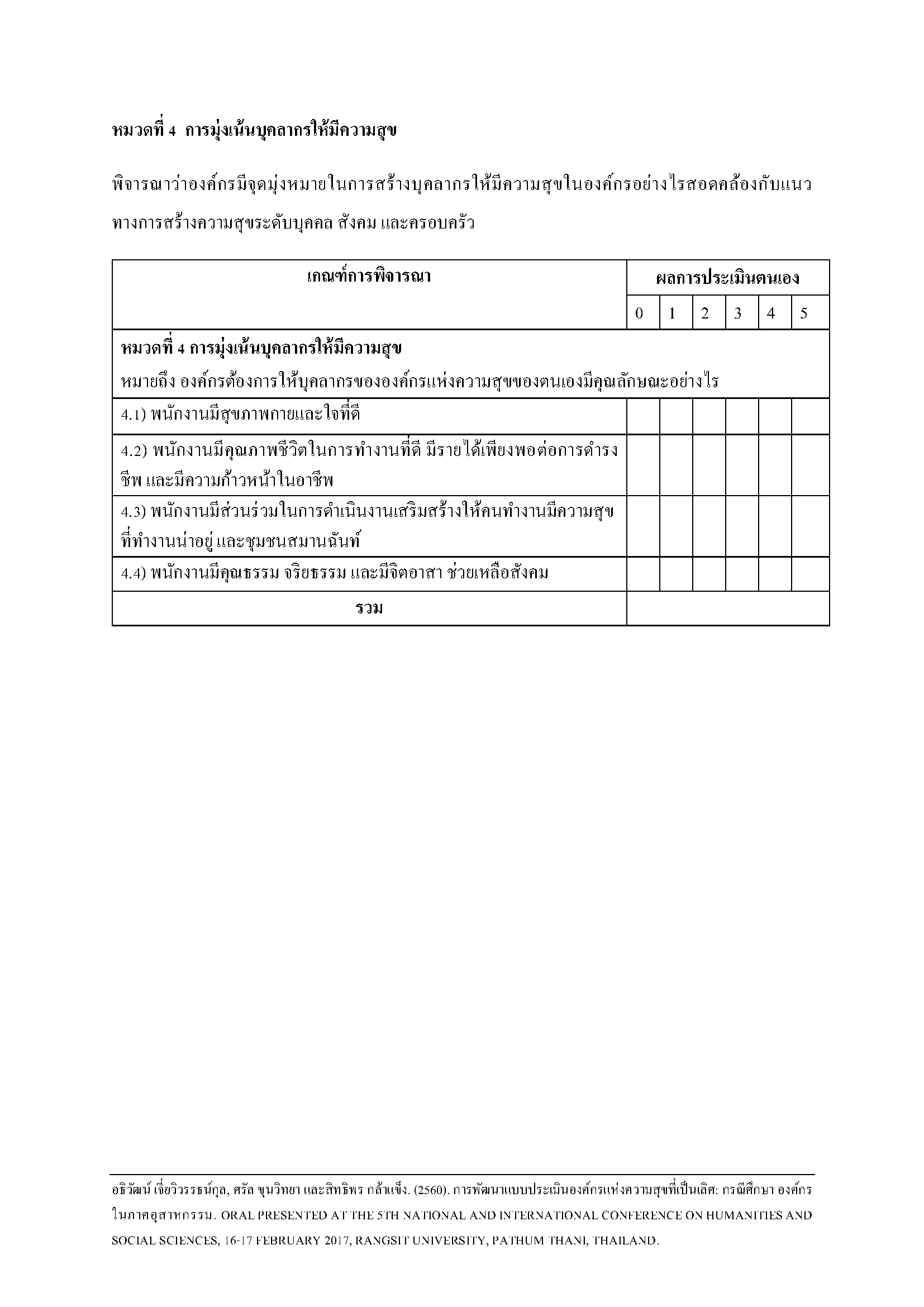
**ผู้ประสานงาน**…………………………………………………………**เบอร์ติดต่อ**…………………………………………………………

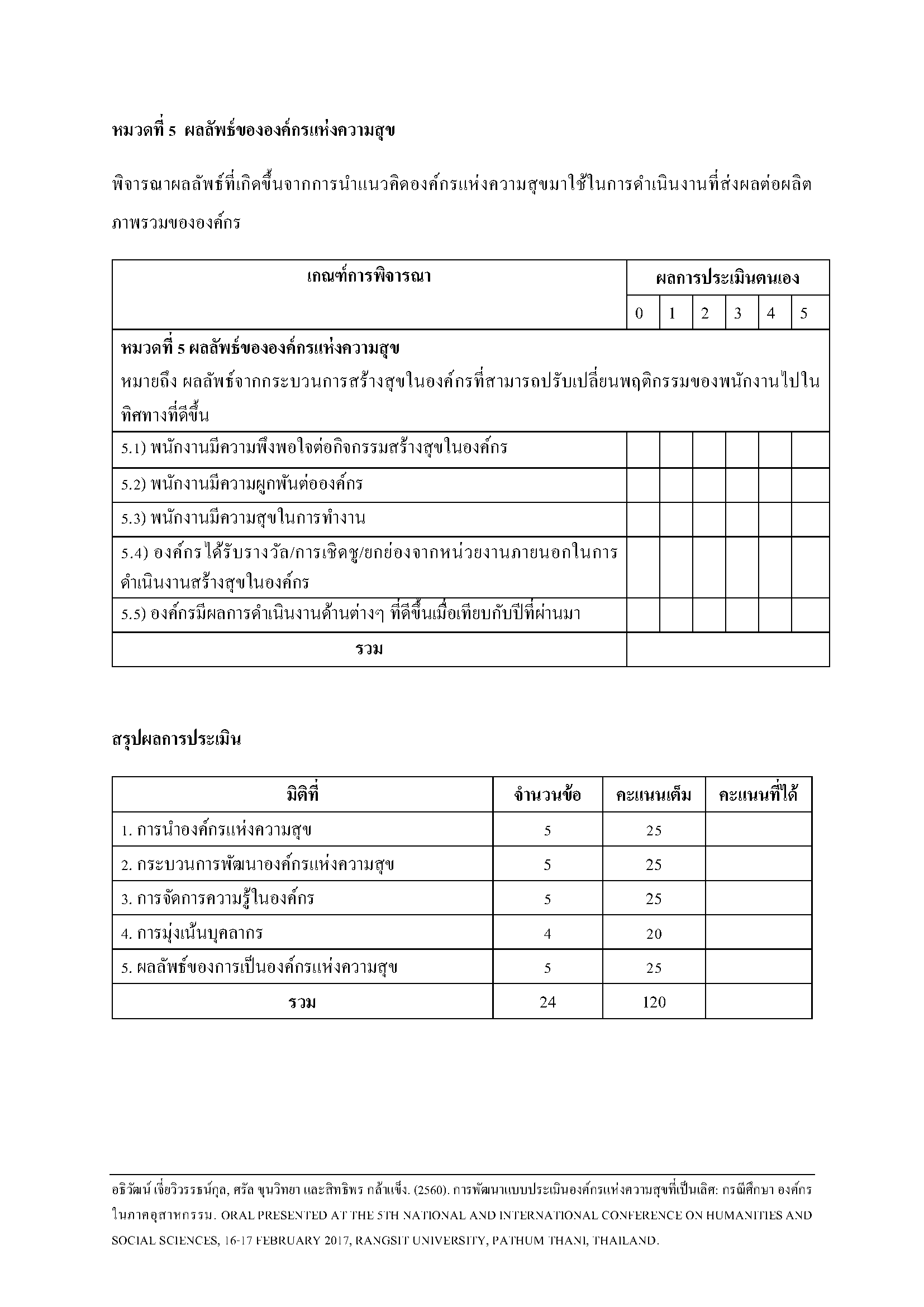
เอกสารแนบ 4











|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส** |
| **ระดับการวัดผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **44. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  **ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA** |
| **คำนิยาม** | การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและ ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลัก ที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) . ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)  กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริตประกอบด้วย (1) ปลูก/ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล  รวมไปถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริง ที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช. รวม 1,850 หน่วยงาน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |   **คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ** | **สูงมาก** | **สูง** | **ปานกลาง** | **ต่ำ** | **ต่ำมาก** | | คะแนน | 80–100 | 60–79.99 | 40–59.99 | 20–39.99 | 0–19.99 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561  2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล  3. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง** จำแนกดังนี้  1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน  2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง  3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน  4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน  ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 26 ข้อ (EB 1 – EB 26) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1) หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง |
| **แหล่งข้อมูล** | แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์  (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 **(ใน 1 ปี)** |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4  **หมายเหตุ :**  หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base ) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | | **Small Success :** | | ตรวจหลักฐาน  เชิงประจักษ์ประเด็น  การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น  (EB 1- EB 4) ในไตรมาสที่ 1  เดือนธันวาคมของทุกปี | ตรวจหลักฐาน  เชิงประจักษ์ทุกข้อ  (EB 1- EB 26)  ในไตรมาสที่ 2  เดือนมีนาคมของทุกปี | ตรวจหลักฐาน  เชิงประจักษ์ ทุกข้อ  (EB 1- EB 26)  ในไตรมาสที่ 3  เดือนมิถุนายนของทุกปี | ตรวจหลักฐาน  เชิงประจักษ์ทุกข้อ  (EB 1-EB 26)  ในไตรมาสที่ 4  เดือนกันยายนของทุกปี | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base ) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้  **ส่วนที่ 1** จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี)  และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)  **เกณฑ์การให้คะแนน :**  **การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)**  **Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB 1 – EB 4**  **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)**  **เกณฑ์การให้คะแนน** : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | EB 1 | - | EB 2 | - | EB 3-EB 4 |   **ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้**   |  |  | | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | 1 | หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง **EB 1** | | 3 | หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง **EB 2** | | 5 | หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง **EB 3-4** |   **การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)**  **ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)**  **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80**  **เกณฑ์การให้คะแนน** ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน  โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 |   **การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)**  **ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)**  **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85**  **เกณฑ์การให้คะแนน** ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน  โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 |   **การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)**  **ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)**  **ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90**  **เกณฑ์การให้คะแนน** ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน  โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ร้อยละ | 94.12  ผ่าน 80  หน่วยงาน  (**85**  **หน่วยงาน)** | 84.09  ผ่าน 333หน่วยงาน  **(396 หน่วยงาน)** | 95.45  ผ่าน 1,764หน่วยงาน  **(1,848 หน่วยงาน)** | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1.นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388  โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com  **ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | **ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข**  โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388  โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงาน**  **ผลการดำเนินงาน** | 1.นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388  โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com  2.นางสาวศุทธินี นิลคง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ : 0 2590 1330 โทรศัพท์มือถือ : 09 8268 0408  โทรสาร : 0 2590 1330 E-Mail : sutthinee.ninkhong@gmail.com  **ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** | |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** | |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ** | |
| **ระดับการวัดผล** | **เขต/จังหวัด** | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **45. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด** | |
| **คำนิยาม** | **ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง ส่วนราชการตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้   1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง   **การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ** หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์การ 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวดจนครบ 6 หมวด ดังนี้   1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน 13 คำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวด ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ดำเนินการหมวด 2 กับ หมวด 4 และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5  |  |  | | --- | --- | | พ.ศ. | ภาคบังคับ | | 2561 | หมวด 1,หมวด 5 (Maintain) | | 2562 | หมวด 2,หมวด 4 | | 2563 | หมวด 3,หมวด 6 | | 2564 | หมวด 1- 6 | | 2565 | หมวด 1- 6 |  1. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3 ลำดับแรก ที่ได้จากการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน 2. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ 3. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ตามหัวข้อเกณฑ์ฯ หมวด 7 ให้มีความสอดคล้องกับ OFI พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) 4. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การของส่วนราชการ 5. จัดส่งเอกสารผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 6. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก 3 เดือน 7. ตรวจประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน 2 รอบ | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | |  |  | | --- | --- | | **ระดับหน่วยงาน** | **ปีงบประมาณ 2562** | | 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง | ระดับ 5 (ร้อยละ 70) | | 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ระดับ 5 (ร้อยละ 70) | | 3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | ระดับ 5 (ร้อยละ 40) | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด | |
| **รายการข้อมูล 3** | A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | |
| **รายการข้อมูล 4** | B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด | |
| **รายการข้อมูล 5** | A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | |
| **รายการข้อมูล 6** | B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 | |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1.ส่วนราชการจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์การ ครบ 13 คำถามภายในระยะ เวลาที่กำหนด  2.ส่วนราชการมีผลประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ หมวด 2 กับหมวด 4 ภายในระยะเวลาที่กำหนดและคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5  3.ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) ภายในระยะเวลาที่กำหนด  4.ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด และกำหนดเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับ OFI) ภายในระยะเวลาที่กำหนด | 1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด  2.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด | 1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด  2.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด | 1.กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5  (ร้อยละ 70)  2.สำนักสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)  3.สำนักสาธารณสุขอำเภอดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 40) | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | |  |  | | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **ขั้นตอนการดำเนินงาน** | | **1** | ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **0.20 คะแนน** | **0.40 คะแนน** | **0.60 คะแนน** | **0.80 คะแนน** | **1 คะแนน** | | 5 คำถาม | 7 คำถาม | 9 คำถาม | 11 คำถาม | 13 คำถาม |   เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval) | | **2** | ส่วนราชการประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **หมวด** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **0.10 คะแนน** | **0.20 คะแนน** | **0.30 คะแนน** | **0.40 คะแนน** | **0.50**  **คะแนน** | | หมวด 2 | 5 คำถาม | 7 คำถาม | 9 คำถาม | 11 คำถาม | 13 คำถาม | | หมวด 4 | 6 คำถาม | 8 คำถาม | 10 คำถาม | 12 คำถาม | 14 คำถาม |   เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.10 คะแนน (interval) | | **3** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **พ.ศ.** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | **0.50 คะแนน** | **1 คะแนน** | | 2562 | มีแผน 1 หมวด | มีแผน 2 หมวด |   ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การของหมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562 | | **4** | ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI ของหมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **0.10 คะแนน** | **0.20**  **คะแนน** | **0.30 คะแนน** | **0.40 คะแนน** | **0.50**  **คะแนน** | | หมวด 2 | 1 ตัวชี้วัด | 2 ตัวชี้วัด | 3 ตัวชี้วัด | 4 ตัวชี้วัด | 5 ตัวชี้วัด | | หมวด 4 | 1 ตัวชี้วัด | 2 ตัวชี้วัด | 3 ตัวชี้วัด | 4 ตัวชี้วัด | 5 ตัวชี้วัด |   เกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 ตัวชี้วัด ต่อ 0.10 คะแนน (interval) | | 5 | ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระยะเวลา** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | **- 0.50 คะแนน** | **1 คะแนน** | | รอบ 3 เดือน | ส่งหลังวันที่ 2 ม.ค.62 | ส่งภายในวันที่ 2 ม.ค.62 | | รอบ 6 เดือน | ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย.62 | ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.62 | | รอบ 9 เดือน | ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค.62 | ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.62 | | รอบ 12 เดือน | ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย.62 | ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.62 |   เกณฑ์การให้คะแนน  ผลคะแนนรอบ 3 เดือน + รอบ 6 เดือน + รอบ 9 เดือน + รอบ 12 เดือน  4 | | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่http://www.opdc.go.th/ | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงาน**  **ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กองส่วนกลาง | ระดับ | - | - | N/A | | สสจ. | ระดับ | - | - | N/A | | สสอ. | ระดับ | - | - | N/A |   หมายเหตุ : ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลรายงานรอบ 12 เดือน | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางสุวรรณา เจริญสวรรค์   โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038  โทรสาร: 02-5901406 | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052  E-mail: oeysuwanna@gmail.com |
| 1. น.ส.อังคณางค์ หัวเมืองวิเชียร   โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038  โทรสาร: 02-5901406 | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277  E-mail: lkung1038@gmail.com |
| 1. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน   โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963  โทรสาร: 02-5901406 | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444  E-mail: a.deethongon@gmail.com |
| 1. น.ส.กฤติกา ทรีย์มาติพันธ์   โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963  โทรสาร: 02-5901406 | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์มือถือ: 095-7120954  E-mail: trekrittka@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มพัฒนาระบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **ผู้รับผิดชอบการการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางภารวี แก้วพันนา   โทรศัพท์มือถือ: 081-9316079  โทรสาร: 02-5901406 | ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901018  E-mail: Paravee.kpr@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)** |
| **ระดับการวัดผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **46. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3** |
| **คำนิยาม** | **โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง**   * โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน165 แห่ง * โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)   **HA (Hospital Accreditation) หมายถึง** กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ขั้น ดังนี้  **- HA ขั้น 1 หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง  **- HA ขั้น 2 หมายถึง** โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ขั้น 2  **- HA ขั้น 3 หมายถึง** โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รายละเอียด** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | | 2. โรงพยาบาลชุมชน | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค  และกรมสุขภาพจิต  2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ⦁ ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| **แหล่งข้อมูล** | ⦁ ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์  กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit |
| **รายการข้อมูล 2** | B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์  กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรอง  ขั้น 3 + Reaccredit |
| **รายการข้อมูล 4** | D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 734 แห่ง  ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. (A/B) x 100  2. (C/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562) |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ประเภท** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | ร้อยละ 97.00 | ร้อยละ 98.00 | ร้อยละ 99.00 | ร้อยละ 100.00 | | โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ร้อยละ 87.00 | ร้อยละ 88.00 | ร้อยละ 89.00 | ร้อยละ90.00 | | |
| **วิธีการประเมินผล:** | ⦁ ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **เกณฑ์การให้คะแนน** | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | ร้อยละ  96.00 | ร้อยละ  97.00 | ร้อยละ  98.00 | ร้อยละ  99.00 | ร้อยละ 100.00 | | โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ร้อยละ 86.00 | ร้อยละ 87.00 | ร้อยละ 88.00 | ร้อยละ 89.00 | ร้อยละ 90.00 |   **เงื่อนไข :**  1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ  กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่งประกอบด้วย   * โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 แห่ง   (ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่  และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)  2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง  (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)  (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)  2. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ  3.ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  (องค์การมหาชน) |
| **เอกสารสนับสนุน :** | ⦁ จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 | ร้อยละ | ไม่มีข้อมูล | ร้อยละ96.36 | ร้อยละ 83.64 | ร้อยละ 99.39 | | ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 | ร้อยละ | ร้อยละ 69.40 | ร้อยละ 69.49 | ร้อยละ 62.31 | ร้อยละ  85.75 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-590-0802 E-mail : -  2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com  3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : chittima2197@gmail.com  4. นางสาวศิวพร บุญเสก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com  5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : w-wunchai@hotmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข**  1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6132 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02 -591-8234 E-mail : -  2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  พิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6137 โทรศัพท์มือถือ : –  โทรสาร : 02 -591-8234 E-mail : -  3 นางสาวกัลยณัฏฐ์ วงษ์ขุนไกล นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6136 โทรศัพท์มือถือ : 081-6969942  โทรสาร : 02-591-8234 E-mail : psd.dms.moph@gmail.com  **กรมการแพทย์**  1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3395 โทรศัพท์มือถือ : 081-640-9393  โทรสาร : 02-590-3268 E-mail : jama\_pin@hotmail.com  2. นางรจนา บุญผ่อง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3347 โทรศัพท์มือถือ : 089-797-4695  โทรสาร : 02-590-3268 E-mail : trodjana@hotmail.com  **กรมควบคุมโรค**  1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8207 โทรศัพท์มือถือ : 086-732-3712  โทรสาร : 02-149-5533 E-mail : -  2. น.ส.ชิดชนก โอภาสวัฒนา นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8092 โทรศัพท์มือถือ 083-139-673  โทรสาร : 02-149-5533 E-mail : sidarama4@gmal.com  **กรมสุขภาพจิต** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองบริหารการสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : E-mail :  2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com  3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : chittima2197@gmail.com  4. นางสาวศิวพร บุญเสก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com  5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : [w-wunchai@hotmail.com](mailto:w-wunchai@hotmail.com)  **กองบริหารการสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11.การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **47.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว** |
| **คำนิยาม** | **1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง** หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)  **2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง** การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดีประกอบด้วย 1) บริหารดี2) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี  มีเกณฑ์ประเมินดังนี้  **หมวด 1** การนำองค์กรและการจัดการดี  **หมวด 2** การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  **หมวด 3** การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล  **หมวด 4** การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย  **หมวด 5** ผลลัพธ์  โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้  ร้อยละ 60.00 -69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)  ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)  ร้อยละ 80ขึ้นไป เท่ากับ 5ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)  **3. การรับรองผล** จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :  1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100  2. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **กระบวนการ** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | Accreditation | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | | Re-accreditation | - | ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 61  ร้อยละ 100 | ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 62  ร้อยละ 100 | ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 63  ร้อยละ 100 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 4,820แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ในปี 2560 และ ปี 2561) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสม)  B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว(สะสม)  C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3ดาว (สะสม) |
| **รายการข้อมูล 2** | D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด (9,806 แห่ง) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 3–4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ  2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต (ครู ก)  3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2562 | 1. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง  2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม | 1. รพ.สต. ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา  2. มีการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต | 1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100  2. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม) |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 80 (สะสม) |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม) |   **ปี 2565:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม) | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต |
| **เอกสารสนับสนุน :** | คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | 4,987 แห่ง | ร้อยละ | - | 17.13 | 50.85 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937 |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937 |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937 |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **48. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล** |
| **คำนิยาม** | คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย   1. **คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง** ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ   (Ill Defined)ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด  **ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง** การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดแจ้ง เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ  **ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้**   * symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) * injuries undetermined whether intentional or unintentional   (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2)   * ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) * ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9). |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 1. ไม่น้อยกว่า 30 % | 1. ไม่น้อยกว่า 35 % | 1. ไม่น้อยกว่า 40 % | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาคุณภาพ สาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข |
| **ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย** | 76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย |
| **แหล่งข้อมูล** | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนการตายทุกสาเหตุ (คน) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนการตายไม่ทราบสาเหตุ (คน) |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย |
| **รายการข้อมูล 4** | D = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (C/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **สาเหตุการตาย**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ปี** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 2562 |  | ไม่น้อยกว่า 30 % |  | ไม่น้อยกว่า 30 % | | 2563 |  | ไม่น้อยกว่า 35 % |  | ไม่น้อยกว่า 35 % | | 2564 |  | ไม่น้อยกว่า 40 % |  | ไม่น้อยกว่า 40 % | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย(มรณบัตร) |
| **เอกสารสนับสนุน :** | คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | 1.สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill-define)  ยกเว้น กรุงเทพมหานคร | ร้อยละ | - | 8 จ.ผ่านเกณฑ์  ร้อยละ 10.5 | 12 จ.ผ่านเกณฑ์  ร้อยละ 15.8  (ข้อมูลรอบ 9 เดือน) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ข้อมูลสาเหตุการตาย  1. นางสาววันวิสาข์ ขำมาก นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : aom\_juice@hotmail.com  **กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาววันวิสาข์ ขำมาก นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : aom\_juice@hotmail.com  **กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการ Smart Hospital** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ /เขต/จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **49. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital** |
| **คำนิยาม** | **Digital Transformation** หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลา ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย ในปี 62 มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงานDigital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital  **Smart Hospital** หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ  ในปีงบประมาณ 2562 กำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานDigital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ไว้ 3 ระดับ ดังนี้  **ระดับ 1** Smart Tools **:** หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร ได้แก่   1. มีระบบให้บริการนัดหมาย หรือ จองคิวแบบออนไลน์ มีระบบแจ้งเตือน   ผู้รับบริการแบบ “ออนไลน์” (Queue Online)เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการ และลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยจัดบริการ ณ จุดคัดกรอง หรือคลินิคอื่นๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด แสดงผลบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS   1. มีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน เช่น HIS Gateway   *โรงพยาบาลต้องแสดงการใช้ Smart Tools**ทั้ง 2 ระบบจึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 1*  **ระดับ 2.** Smart Service :หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น   * การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ * การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ   *โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และต้องมี Smart Service* *เรื่อง* *การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์* *จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 2*  **ระดับ 3.** Smart Outcome: หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System ; ERP) ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กร มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ ทั้งนี้ เขตสุขภาพ/กรมวิชาการสามารถเลือก Success Story จาก ERP Model ของโรงพยาบาลได้เอง  *โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1, 2 และแสดง* *Success Story จาก* *Smart Outcome ได้อย่างน้อย 1 เรื่อง จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 3* |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :  วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานDigital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ในระดับจังหวัด และระดับเขต/กรมวิชาการ ดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ | | | | | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | | โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital **ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป** | รพศ./รพท  จังหวัดละ 1 แห่ง | ร้อยละ 100  ของ รพศ./รพท | ร้อยละ 100  ของ รพศ./รพท | ร้อยละ 100  ของ รพศ./รพท | | ร้อยละ 50  ของ รพช | ร้อยละ 70  ของ รพช | ร้อยละ 85  ของ รพช | ร้อยละ 100  ของ รพช | | ร้อยละ 50  .ของ รพ.  สังกัดกรมวิชาการ | ร้อยละ 70  .ของ รพ.  สังกัดกรมวิชาการ | ร้อยละ 85  .ของ รพ.  สังกัดกรมวิชาการ | ร้อยละ 100  .ของ รพ.  สังกัดกรมวิชาการ | | |
| **วัตถุประสงค์** | * เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย * โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ * บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม * เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. รพ. ทำแบบประเมินตนเองจัดส่งให้ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร  สป.สธ. รวบรวม  2. การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Health KPI ของ  กองยุทธศาสตร์และแผนงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.  2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.  3. สำนักงานเขตสุขภาพ  4. กรมวิชาการ ที่มีโรงพยาบาลในสังกัด (กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, กรมควบคุมโรค)  5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานDigital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น  Smart Hospital ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด/ เขต/ กรมวิชาการ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A / B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **รพ.กลุ่มเป้าหมาย** คือ  1.รพ.สังกัด สป. คือ  - รพศ/รพท 116 แห่ง  - รพช 781 แห่ง  2.รพ.สังกัดกรมวิชาการ ทุกแห่ง  รับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital | **ร้อยละ 50**  ของรพ.กลุ่มเป้าหมาย  ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป | **ร้อยละ 75**  ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย  ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป | **ร้อยละ 100**  ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย  ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. ประมวลผลจากแบบประเมินตนเองของ รพ.  2. การตรวจเยี่ยมจากจังหวัด/เขต/กรมวิชาการ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ Smart Tools, Smart Service, Smart Outcome |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางและมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล (HIS Gateway)   2. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน H4U  3. คู่มือ MOPH Connect Smart Queue กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.  4. คู่มือแอปพลิเคชั่น “Hygge Medical Service” เขตสุขภาพที่ 5 |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | รพ.ภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital | แห่ง | - | - | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **Project Manager**  1.นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรศัพท์มือถือ : 0635499693  โทรสาร : 025918565 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.**  2.นายแพทย์เลอศักดิ์ ลีนะนิธิกุล นายแพทย์ชำนาญการ  รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ  การสื่อสาร สป.สธ.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901217 โทรศัพท์มือถือ : 0818925883  โทรสาร : 025901215 E-mail : drlersak2012@gmail.com  **รพ.วชิระภูเก็ต / ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**  **Smart Tools:**  นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :025902185 ต่อ 414 โทรศัพท์มือถือ : 0871015708  โทรสาร : 025901215 E-mail : kmapong@gmail.com  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**  **Smart Service :**  นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543  โทรสาร : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | **Smart Tools:**  1.เดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรศัพท์มือถือ : 0635499693  โทรสาร : 025918565 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.**  2.นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 414 โทรศัพท์มือถือ : 0871015708  โทรสาร : 025901215 E-mail : kmapong@gmail.com  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ**.  **Smart Service:s**  นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543  โทรสาร : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :025901200 โทรศัพท์มือถือ : 0870276663  โทรสาร : 025901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการ Smart Hospital** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ/เขต/จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **50. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ** |
| **คำนิยาม** | **PCC : Primary Care Cluster คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง** ระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คนต่อทีม มีบทบาทในการให้ **บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี** โดยขยายความได้ดังนี้   * บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ * บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค * บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการ ที่บ้านและชุมชน * บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่องป้องกันรักษา และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการทิ้งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook แล้วมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบ แต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมอครอบครัว ช่วยแนะนำดูแลหรือ โทรศัพท์ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกัน   **ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย** แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้น เขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล *(อ้างอิง แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, หน้า 2-3)*  **Application PCC หมายถึง** ระบบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop หรือ Notebook และสามารถใช้งานผ่าน Mobile Device (Smart Phone/Tablet) สำหรับทีมหมอครอบครัว (PCC) ในการติดตามดูแลผู้ป่วย/ประชาชน ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) แต่มีขนาดเล็ก กระทัดรัด เหมาะสม มีความคล่องตัวและสะดวกในการใช้งาน ภายใต้ความร่วมมือของสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) กับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ | | | | | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | | ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. | ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน | ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2563 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน | ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2564 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน | ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2565 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน | | |
| **วัตถุประสงค์** | * เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว (PCC) * เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก Big Data และ HIS Gateway ในการให้บริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (PHR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นเจ้าข้อมูลเอง * เพิ่มช่องทางการรับบริการจากทีมแพทย์ โดยไม่ต้องมาแออัดกันในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาในการรอคอย * เพื่อยกระดับการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความทันสมัยและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทีม PCC (ทีมหมอครอบครัว) ทั่วประเทศ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. ศทส. สป.สธ. รายงานผลการพัฒนา App. PCC  2. สสป. รายงานผลการทดลองใช้ App. PCC |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)  2. โรงพยาบาลแม่ข่ายของทีม PCC 3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สป.สธ.  4. สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)  5. สำนักงานเขตสุขภาพ  6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนทีม PCC ที่ใช้ Application PCC |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A / B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 (12 เดือน) |
| **เกณฑ์การประเมิน ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. มีการจัดทำข้อสรุปแนวทางการพัฒนา Application PCC รายงานเสนอ CIO สป.สธ. ทราบ  2. มีการคัดเลือกทีม PCC เป้าหมาย อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ทีม เป็น PCC นำร่อง  3. มีการจัดทำ Work Shop การพัฒนา Application PCC | 1. มีการพัฒนา Application และทดสอบใช้งานใน PCC นำร่อง  2. มีการรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนา Application PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ | 1. มีการนำ Application PCC ไปใช้กับทีม PCC  ที่ขึ้นทะเบียนคลินิก  หมอครอบครัว ตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562  (ร้อยละ 50)  2. มีการติดตามผลการใช้ Application PCC  3. มีการรายงานผลการใช้ Application PCC พร้อมข้อเสนอแนะ เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ | มีการนำ Application สำหรับ PPC ไปใช้ใน PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562 (ร้อยละ 100) | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. ตรวจสอบจากรายงานที่เสนอ CIO สป.สธ.  2. ผลการใช้งาน Application PCC โดยการสอบถามจากทีมหมอครอบครัว (PCC) ที่ได้ทดลองใช้งานจริง |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางและมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล (HIS Gateway)  2. ผลวิเคราะห์แนวทางการใช้ Application PCC ดูแลประชาชน (PCC Platform) โดย สปค.  3. คู่มือ การใช้งาน App. PCC |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ทีม PCC ที่มีการใช้ App. PCC | แห่ง | - | - | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **Project Manager:**  1. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน  การบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 0931310808  โทรสาร : - E-mail : paitoongt@gmail.com  **โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)**  2. นายวสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ  การสื่อสาร สป.สธ.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532  โทรสาร : 025901215 E-mail : wasun.s@moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน  การบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 0931310808  โทรสาร : - E-mail : paitoongt@gmail.com  **โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)**  2. นายวสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ  การสื่อสาร สป.สธ.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532  โทรสาร : 025901215 E-mail : wasun.s@moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901200 โทรศัพท์มือถือ : 0870276663  โทรสาร : 025901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนงานที่** | **13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **51.ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ(compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ** |
| **คำนิยาม** | **อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR)** หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด  **ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ** หมายถึง ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศของทั้ง 3 ระบบ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ไม่เกิน 1.5% | ไม่เกิน 1.5% | ไม่เกิน 1.5% | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่   * ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CS) * ระบบประกันสังคม (SS) * ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีคู่ ได้ผลการวิเคราะห์ในปีคี่) |
| **แหล่งข้อมูล** | สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ  วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| **รายการข้อมูล 1** | -อัตราการใช้สิทธิ ของแต่ละสิทธิ : CR-CS, CR-SS, CR-UC  -อัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ : CR-T |
| **รายการข้อมูล 2** | ความต่างอัตราการใช้สิทธิแต่ละสิทธิเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ  : CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ค่าเฉลี่ย { CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC } |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | สิ้นปีงบประมาณ (ปีคี่) |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | - | - | - | <=1.5% |   **เกณฑ์การประเมิน** | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ค่าเฉลี่ย { CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC } <= 1.5 |
| **เอกสารสนับสนุน :** | - |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ปี | 58 | 60 |  | ปี | 58 | 60 | | **CR-UC** | 87.58% | 87.85% |  | CRdif-UC | 0.62% | 0.67% | | **CR-CS** | 90.34% | 86.26% |  | CRdif-CS | 2.14% | 0.92% | | **CR-SS** | 90.06% | 84.71% |  | CRdif-SS | 1.86% | 2.47% | | **CR-T** | 88.20% | 87.18% |  | Avg. | 1.54% | 1.35% | |
| **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1.กาญจนา ศิริโกมล E-mail : kanjana.s@nhso.go.th  2.วรรณา เอียดประพาล E-mail : wanna.e@nhso.go.th  สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1.กาญจนา ศิริโกมล E-mail : kanjana.s@nhso.go.th  2.วรรณา เอียดประพาล E-mail : wanna.e@nhso.go.th  สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1.กาญจนา ศิริโกมล E-mail : kanjana.s@nhso.go.th  2.วรรณา เอียดประพาล E-mail : wanna.e@nhso.go.th  สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **52. ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ** |
| **คำนิยาม** | สิทธิประโยชน์ หมายถึง ประโยชน์ที่ได้ตามสิทธิ สิ่งที่เป็นผลดีที่บุคคลใด ๆ พึงจะได้รับตามที่ระบุไว้ในกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น...  สิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน หมายถึง ประโยชน์ที่บุคคลใดๆ พึงได้ตามสิทธิ์ที่ระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในลักษณะของโรคหรืออาการที่เหมือนกัน  ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง 1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 2) ระบบประกันสังคม 3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้มีการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด 5 ขั้นตอน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | **ปีงบประมาณ 66** | | มีข้อเสนอ เรื่องสิทธิประโยชน์กลาง ของ 3 กองทุน | 3 กองทุน มีการปรับปรุงระบบบริหารและระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง | มีกลไกปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลาง | มีต้นทุนบริการที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง | มีการปรับปรุงกลไกการจ่ายที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อมีกลไกการจ่ายที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง ภายในปี พ.ศ. 2566 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก ได้แก่  1. ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ  2. ระบบประกันสังคม  3. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก |
| **รายการข้อมูล 1** | - |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ระยะเวลาประเมินผล** |  |
| |  |  | | --- | --- | | **ขั้นตอนการดำเนินงาน** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | **1** | จัดเตรียมข้อมูลและสนับสนุนคณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม | | **2** | ประชุมคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง | | **3** | รวบรวมผลการศึกษาวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอรายการชุดสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยใน | | **4** | จัดทำร่างข้อเสนอชุดสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน | | **5** | จัดให้มีแนวทางหรือข้อตกลงการดำเนินงาน เรื่องสิทธิประโยชน์กลาง ของ 3 กองทุน |   **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | มีการนำเสนอแนวทางการเตรียมการขับเคลื่อนสิทธิประโยชน์กลาง เพื่อนำเข้าในการประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง | 3 กองทุน รับทราบ ข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลางเพื่อ จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนสิทธิของแต่ละกองทุน | 3 กองทุน มีการพิจารณาและเสนอแนวทางร่วมในการดำเนินงาน เรื่องสิทธิประโยชน์กลางต่อ คณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง | 1. มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และรายงานต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4  2. จัดทำแผนปฏิบัติการในปีถัดไป |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | 3 กองทุน มีการปรับปรุงระบบบริหารและระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | มีกลไกปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลาง |   **ปี 2565 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | มีต้นทุนบริการที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง |   **ปี 2566 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | มีการปรับปรุงกลไกการจ่ายที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง | | |
| **วิธีการประเมินผล :** |  |
| **เอกสารสนับสนุน :** |  |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | ขณะนี้ยังไม่มี baseline data   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | | | 2559 | 2560 | 2561 | |  |  |  |  |  | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.วัฒน์ชัย จรูญวรรธนะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ  หลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1553 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  2. นายวัลลภ คชบก หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางณัฐญาภรณ์ เพชรถิรสวัสดิ์ กลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : meawrnothai@gmail.com  2. นางสาวอโณทัย ไชยปาละ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1574 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901576 E-mail : meawrnothai@gmail.com  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **53. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน** |
| **คำนิยาม** | **หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง** หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ประเภทดัชนีชี้วัด** | **น้ำหนักความรุนแรง**  **ของความเสี่ยง**  **(Risk Score)** | **คำอธิบาย** | | 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ |  | กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์ | | 1.1 CR < 1.5 | 1 | CR = สินทรัพย์หมุนเวียน /หนี้สินหมุนเวียน | | 1.2 QR < 1.0 | 1 | QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ /หนี้สินหมุนเวียน | | 1.3 Cash < 0.8 | 1 | Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน | | 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน |  | กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน | | 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0 | 1 | เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน | | 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0 | 1 | ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ -ค่าใช้จ่าย | | 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ |  | กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน | | 3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ) |  | กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ | | a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน | 0 | เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ | | b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน | 1 | \* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ | | c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน | 2 |  | | 3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก) |  |  | | a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน | 2 | \* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน | | b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน | 1 |  | | c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน | 0 |  | | 3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก | 0 |  | | 3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ | 2 |  |   การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด  ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้  **การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2562**   1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง   : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ  : แผนงาน/กิจกรรม  : ผลผลิต/ผลลัพธ์  2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)  3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน  **มาตรการ**  มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)  มาตรการที่ 2: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)  มาตรการที่ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)  มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ  (Efficient Management)  มาตรการที่ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)   | **มาตรการขับเคลื่อน** | **แนวทางการดำเนินงาน** | **เป้าหมาย** | | --- | --- | --- | | **มาตรการที่ 1:**  **การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)** | * 1. พัฒนาต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ใน DM, HT   2. จัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ   3. พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย | * 1. มีต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง   ค่าเป้าหมาย : ข้อเสนอการเตรียมแผนใช้งานจริงในปีต่อไป  1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์\*  \*การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100  ผลการดำเนินงานปี 2561 :  ไตรมาส 1 ร้อยละ 100  ไตรมาส 3 ร้อยละ 100  1.3 ร้อยละของหน่วยบริการ มีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย (รายได้ไม่รวมงบลงทุน และค่าใช้จ่ายไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) โดยประเมินจากแผนประมาณการรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการดำเนินการส่งและผ่านการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90  ผลการดำเนินงานปี 2561  รอบที่ 1 วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ร้อยละ 93  รอบที่ 2 วันที่ 30 เมษายน 2561 ร้อยละ 94 | | **มาตรการ 2: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)** | * 1. พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน   2. นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพบัญชีมาประเมินความถูกต้องของข้อมูล   3. พัฒนาการรับ – จ่ายเงินภาครัฐทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Payment ภาครัฐ) | * 1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ที่การตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิคส์   ผลงานไตรมาสที่ 3/61 ร้อยละ 88.4  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95   * 1. ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่มีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคาร ตามเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของกรมบัญชีกลาง (186 แห่ง) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75   2. ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายดำเนินการจ่ายเงิน รับเงิน และนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (KTB Corporate Online)   ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 | | **มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)** | * 1. พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้เข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.   2. พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.)   3. พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ CFO ระดับเขต และจังหวัด   4. พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากรด้านการเงินการคลัง   5. พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายใน ตามมาตรฐาน CGIA | * 1. ผู้บริหารด้านการเงินการคลังได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง เพื่อเข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.   ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม   * 1. ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.) ตามกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง   ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม   * 1. CFO ระดับเขตและระดับจังหวัด ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม   2. เครือข่ายและบุคลากรด้านการเงินการคลัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง   ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม   * 1. ร้อยละของผู้ตรวจสอบภายใน ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามมาตรฐาน CGIA ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | | **มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)** | * 1. กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการ      * 1. พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม (Merging) | * 1. กระจายอำนาจให้เขตบริหารจัดการและปรับเกลี่ย ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการ  ไม่เกินร้อยละ 4   2. พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม  1. บริหารจัดการร่วม (Administrative merging) 2. ให้บริการร่วม (Service merging) 3. ใช้ระบบสนับสนุนร่วม (Support merging) ค่าเป้าหมาย : ประเมินผล ความสำเร็จ  ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | | **มาตรการ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)** | * 1. ควบคุมกำกับ โดยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน   2. ควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 plus efficiency)   3. ควบคุมกำกับ ด้วยเกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (Unit cost)   4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการหน่วยบริการ ด้วยการตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน   5. เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล ความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ | * 1. ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70   2. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency)  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65   3. ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80   4. ร้อยละของหน่วยบริการ สป.สธ.  ผ่านเกณฑ์ประเมินการตรวจสอบภายใน และควบคุมภายใน   - ร้อยละของหน่วยบริการ สป.สธ.  ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ  ค่าเป้าหมาย : หน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  - ร้อยละของหน่วยบริการ ได้รับการตรวจสอบงบการเงิน ตามเป้าหมาย  - รพศ./ รพท. = 100%  - รพช. = 25%  ค่าเป้าหมาย : หน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80   * 1. มีรายงานผลการวิเคราะห์ด้านการเงินการคลัง (Standard Report) ระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต ประเทศ  ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงิน ระดับ 7  ของหน่วยบริการ  ไม่เกินร้อยละ 4 | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | 4 | 2 | 0 | 0 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทาง  การเงิน  2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส |
| **แหล่งข้อมูล** | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติ  ทางการเงิน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วย  บริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 |   **ปี 2565:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | การวัด/วิเคราะห์ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | หน่วยบริการสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | ร้อยละ | ไตรมาส 1/58  ร้อยละ  6.31  ไตรมาส 2/58  ร้อยละ  5.76  ไตรมาส 3/58  ร้อยละ 12.19  ไตรมาส 4/58  ร้อยละ 15.65 | ไตรมาส 1/59  ร้อยละ  8.46  ไตรมาส 2/59  ร้อยละ  5.04  ไตรมาส 3/59  ร้อยละ  9.83  ไตรมาส 4/59  ร้อยละ 13.49 | ไตรมาส 1/60  ร้อยละ 0.91  ไตรมาส 2/60  ร้อยละ 0.78  ไตรมาส 3/60  ร้อยละ 3.13  ไตรมาส 4/60  ร้อยละ 9.71 | ไตรมาส 1/61  ร้อยละ 0  ไตรมาส 2/61  ร้อยละ 0  ไตรมาส 3/61  ร้อยละ 1.45 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายวัฒน์ชัย จรูญวรรธนะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ   หลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : cwatchai@gmail.com  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**   1. นายวัลลภ คชบก หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : wallop4444@gmail.com  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**   1. นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์   เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : nimanong\_15@hotmail.com  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**   1. นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : numkhang\_sere@hotmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นางสาวอโณทัย ไชยปาละ  **กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 0 2590 1576 E-mail : [meawrnothai@gmail.com](mailto:meawrnothai@gmail.com) **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**  **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **54. จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด** |
| **คำนิยาม** | **1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จาการศึกษาวิจัยและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการด้านสาธารณสุขได้  **2. เทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง การนำเอาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาพัฒนาให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น  **3. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่** หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรมเดิม  **4. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆมาก่อน แต่เป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้  **5. เทคโนโลยีทางสุขภาพ** หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)  **6. การผลิต** หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ  **7. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์** หมายถึง การมีหลักฐานปรากฏชัดเจนแสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้  7.1 การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ได้แก่ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรค หรือเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค  7.2 ประโยชน์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางการปฏิบัติหรือการนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติ การทางการแพทย์หรือสาธารณสุข  7.3 การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ ได้แก่ การให้บริการวิชาการ (การสอน/บรรยาย/ฝึกอบรม/การใช้ตำรา) การอ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัย เป็นต้น  7.4 การใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ ได้แก่ การให้องค์ความรู้แก่สาธารณชนในเรื่องต่าง ๆ ด้านสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การแจ้งเตือนภัยสุขภาพ หรือทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น  7.5 การใช้ประโยชน์เชิงนโยบายในระดับต่าง ๆ ได้แก่ นวัตกรรมหรือข้อมูลมีผลหรือเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ การประกาศใช้กฎหมาย หรือมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐ  7.6 การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ ได้แก่ การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ การนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจหรือการพาณิชย์ เป็นต้น  7.7 การก่อให้เกิดประโยชน์เชิงเศรษฐกิจสาธารณสุข หรือการลดค่าใช้จ่ายส่วนบุคคลหรือครัวเรือนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เป็นต้น  **8. ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนา ต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์  การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง | จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนา ต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์  การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง | จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนา ต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์  การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. ประชาชนและชุมชน  2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข  3. นักวิจัย  4. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| **แหล่งข้อมูล** | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | A ≥ 8 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 หมายเหตุ : 5 ปี โดยตลอดระยะเวลา 5 ปี จะมีการประเมินผลทุกปี |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข | แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น ประจำปีงบประมาณ 2562 | รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการผลิต | - จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง  - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2562 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข | แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น ประจำปีงบประมาณ 2563 | รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการผลิต | - จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง  - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2562 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข | แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น ประจำปีงบประมาณ 2564 | รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการผลิต | - จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง  - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2562 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง |   **ปี 2565 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข | แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น ประจำปีงบประมาณ 2565 | รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการผลิต | - จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง  - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2562 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข |
| **เอกสารสนับสนุน :** |  |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ฐานข้อมูลนวัตกรรม  กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560 | เรื่อง | 28 | 5 | 17 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางเดือนถนอม พรหมขัติแก้ว นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 99121 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-9511297 E-mail:duanthanorm.p@dmsc.mail.go.th  2. นางสาววรางคณา อ่อนทรวง ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th  **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาววรางคณา อ่อนทรวง ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th  2. นายจุมพต สังข์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : jumepote.s@dmsc.mail.go.th  3. นางสาวชิสา นันทกิจ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : chisa.n@dmsc.mail.go.th  **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **15. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **55. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพและมีการบังคับใช้** |
| **คำนิยาม** | **กฎหมาย** **หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือ แนวทางในการปฏิบัติงาน**  - ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ฉบับ ในจำนวน 5 ฉบับ ดังนี้  1. ร่าง พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ....  2. ร่าง พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ....  3. ร่าง พ.ร.บ.มาตรฐานการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข พ.ศ. ....  4. ร่าง วิธีพิจารณาคดีทางการแพทย์ พ.ศ. ....  5. จัดระบบการเยียวยาผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบจาการบริการด้านสุขภาพ  **ระดับความสำเร็จ** **หมายถึง** ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้  **การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง** การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขตามที่กฎหมายได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมาย เพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน  **การโฆษณา หมายถึง** การโฆษณาตามที่กำหนดไว้ในบทนิยามของพระราชบัญญัติ แต่ละฉบับและที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 ที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นความผิดและกำหนดโทษไว้  **ในปีงบประมาณ 2562 จะบังคับใช้กฎหมายในประเด็นสำคัญ คือ**  -การโฆษณาที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ ในจำนวนกฎหมาย 7 ฉบับได้แก่  1.พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551  2. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560  3.พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม  4.พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522  5.พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559  6. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม  7. พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารและสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**  **ตัวชี้วัด: ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ และมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ**  **ตัวชี้วัดย่อยที่ 1** ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ฉบับ ในจำนวน 5 ฉบับ ดังนี้  1. ร่าง พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ....  2. ร่าง พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ....  3. ร่าง พ.ร.บ.มาตรฐานการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข พ.ศ. ....  4. ร่าง วิธีพิจารณาคดีทางการแพทย์ พ.ศ. ....  5. จัดระบบการเยียวยาผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบจาการบริการด้านสุขภาพ  โดยพิจารณาจากความสำเร็จดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ จำนวนไว้ 5 ขั้นตอน   |  |  | | --- | --- | | **ขั้นตอน** | **การดำเนินการ** | | 1 | มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนากฎหมาย | | 2 | มีการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนากฎหมาย | | 3 | ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เพื่อจัดทำแนวทางเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ | | 4 | สรุปผลการจัดทำแนวทาง เกี่ยวกับพัฒนากฎหมาย ด้านสุขภาพ | | 5 | เสนอรายงานผลการจัดแนวทางพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพต่อหัวหน้าส่วนราชการ |     **ตัวชี้วัดย่อยที่ 2** ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  ทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 80  **กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 5 ขั้นตอน ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ**   |  |  | | --- | --- | | **ขั้นตอน** | **การดำเนินการ** | | 1 | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเครือข่ายบังคับใช้กฎหมายในประเด็นการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสาธารณสุข โดยเครือข่าย ได้แก่ เจ้าหน้าที่หรือพนักงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้ให้หมายรวมถึงหน่วยงานภายนอก เช่น พนักงานเจ้าหน้าที่ศูนย์วิชาการที่มีสถานที่ตั้งในภูมิภาค เจ้าหน้าที่สรรพสามิต เจ้าหน้าที่ตำรวจพนักงานเจ้าหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคพนักงานฝ่ายปกครองสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด โดยมีแผนบูรณาการงานของเครือข่ายตามบริบทพื้นที่ และกฎหมายที่บังคับใช้ | | 2 | มีการพัฒนาองค์ความรู้ของเครือข่ายและพนักงานเจ้าหน้าที่ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี โดยการพัฒนาองค์ความรู้ อาจจัดทำในรูปแบบการจัดอบรม หรืออาจเป็นการถ่ายทอดความรู้ในรูปแบบอื่นก็ได้ เช่น การแจ้งเวียนคู่มือหรือแนวทางการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาองค์ความรู้ของเครือข่าย และพนักงานเจ้าหน้าที่ในเรื่องการโฆษณาที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ อย่างน้อยต้องประกอบไปด้วยกฎหมายจำนวน 1 ฉบับ ในจำนวนกฎมายดังนี้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารและสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 | | 3 | การบังคับใช้กฎหมาย ตรวจประชาสัมพันธ์ ตรวจดำเนินคดี  3.1 ดำเนินการคับใช้กฎหมายของเครือข่ายด้านการตรวจประชาสัมพันธ์เพื่อสำรวจสภาพปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ สำรวจกลุ่มเป้าหมายที่กฎหมายกำหนด และเป็นสำรวจข้อมูลพื้นฐาน บุคคลผู้กระทำผิด พฤติการณ์ในการประทำผิด สถานที่เสี่ยงต่อการกระทำผิด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจบังคับใช้กฎหมาย กรณีที่ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายมาตราอื่น ๆ  โดยอย่างน้อยประกอบด้วยกฎหมายจำนวน 1 ฉบับ ในจำนวนกฎหมายดังนี้ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตยาสูบ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี  3.2 การดำเนินคดี กลุ่มงานนิติการในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือผู้ให้คำปรึกษาด้านกฎหมายกรณีที่ได้รับการประสานจากพนักงานเจ้าหน้าที่ เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินคดี ร้อยละ 80 ของจำนวนคดีที่ลงทะเบียนรับ  (1) คดีที่เป็นการกระทำผิดซึ่งหน้า ร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการประสานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือพนักงานฝ่ายปกครอง เพื่อจัดทำบันทึกการจับกุมผู้กระทำผิด ตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำพนักงานเจ้าหน้าที่ในการร้องทุกข์/กล่าวโทษแก่พนักงานสอบสวน  (2) คดีที่มีการร้องเรียนและปรากฏพยานหลักฐานพิจารณาได้ว่ามีผู้กระทำผิด ร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ดำเนินรวบรวมพยานหลักฐาน เรียกบุคคลผู้กระทำผิด หรือบรรดาเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับคัด จัดทำสำนวนและจัดทำหนังสือกล่าวโทษ/ร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิด ติดตามผลคดีจนคดีถึงที่สุด และรายงานคดีต่อผู้บังคับบัญชา | | 4 | มีการสรุปผลการดำเนินงาน และมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้รับผิดชอบงาน นิติกรหรือผู้ปฏิบัติหน้าที่นิติกร พนักงานเจ้าหน้าที่และเครือข่ายภายในจังหวัด อย่างน้อย 1 ครั้ง หากพบปัญหาสำคัญ ในการดำเนินงานให้มีการสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพิ่มเติมเป็นรายกรณีไป | | 5 | มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนางานการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด  และปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบ |   **เกณฑ์การให้คะแนน**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | สสจ.ดำเนินการได้ร้อยละ 80  (61 แห่ง) | สสจ.ดำเนินการได้ร้อยละ 80  (61 แห่ง) | สสจ.ดำเนินการได้  ร้อยละ 80  (61 แห่ง) | สสจ.ดำเนินการได้  ร้อยละ 80  (61 แห่ง) | สสจ.ดำเนินการได้  ร้อยละ 80  (61 แห่ง) | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและ  ทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน  2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มี  ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข  2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกองกฎหมาย  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดย  กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง  3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ  4. เขตสุขภาพทุกเขต |
| **รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 1** | A = จำนวนกฎหมายที่ดำเนินการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ 5 ขั้นตอน |
| **รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2** | B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการได้ครบองค์ประกอบ |
| **รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2** | C = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 1** | A |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2** | (B/C) x 100 |
| **การประเมินผล** | 1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ  2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของ  กระทรวงสาธารณสุขทำการประเมิน 6 เดือนครั้ง |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 |   **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** | | - | - | - | - |   **2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  (61 จังหวัด) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานขั้นตอนที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  (61 จังหวัด) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานขั้นตอนที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  (61 จังหวัด) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานขั้นตอนที่ 4 และที่ 5 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  (61 จังหวัด) |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2561 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นขั้นตอน | | | |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2562 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นขั้นตอน | | | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ** พิจารณาจากผลสำเร็จ  ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ 5 ขั้นตอน  **2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของ  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งประเทศ** ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงาน  สาธารณสุขจังหวัดโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **เอกสารสนับสนุน :** | แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | - | - | - | - | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายปิยะวัฒน์ ศิลปรัศมี ผู้อำนวยการกองกฎหมาย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901426 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901434 E-mail : legal@health.moph.go.th  2. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด หัวหน้ากลุ่มปรับปรุงและพัฒนากฎหมาย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901434 E-mail : [legal@health.moph.go.th](mailto:legal@health.moph.go.th)  3. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรางค์ นิติกรชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร :02-5901434 E-mail : [legal@health.moph.go.th](mailto:legal@health.moph.go.th)  4. นางสาวนิญดา เศรษฐ์วัฒนา นิติกรชำนาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร :02-5901434 E-mail : [legal@health.moph.go.th](mailto:legal@health.moph.go.th)  5. นายนพรุจ หวันสู นิติกรปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร :02-5901434 E-mail : [legal@health.moph.go.th](mailto:legal@health.moph.go.th)  **กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด หัวหน้ากลุ่มปรับปรุงและพัฒนา  กฎหมาย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901434 E-mail : [legal@health.moph.go.th](mailto:legal@health.moph.go.th)  2. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรางค์ นิติกรชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร :02-5901434 E-mail : [legal@health.moph.go.th](mailto:legal@health.moph.go.th)  3. นางสาวนิญดา เศรษฐ์วัฒนา นิติกรชำนาญการ  โทรสาร :02-5901434 E-mail : [legal@health.moph.go.th](mailto:legal@health.moph.go.th)  4. นายนพรุจ หวันสู นิติกรปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร :02-5901434 E-mail : [legal@health.moph.go.th](mailto:legal@health.moph.go.th)  **กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |