



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข

2567

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.



คำนำ

รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานรับผิดชอบในระดับกรม/กอง จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ครอบคลุมความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้กรอบ 14 แผนงาน 35 โครงการ และ 54 ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว และเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พฤศจิกายน 2566

สารบัญตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	6
2	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	8
3	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	11
4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	14
5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	16
6	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	18
7	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	22
8	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	26
9	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	29
10	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	35
11	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	45
12	ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	52
13	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	56
14	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	59
15	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	62
16	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	67
17	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	70
18	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	73
19	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	77
20	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	82
21	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	87
22	อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	94
23	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	96
24	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	98

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
25	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	103
26	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	108
27	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	113
28	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	115
29	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	119
30	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	126
31	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง	130
32	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ que เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	135
33	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)	137
34	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	139
35	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการปรับสภาพพื้นสภาวะระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	142
36	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	158
37	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	164
38	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	167
39	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	169
40	ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	171
41	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	174
42	จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง	177
43	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	181
44	หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T)	185
45	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	188
46	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	191
47	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	196

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
48	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	201
49	ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	206
50	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	211
51	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	215
52	ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (compliance rate)	219
53	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	223
54	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	226

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	1.อัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอดรวมถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17
	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด 2. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์คลอดและหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 3. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อเกิดมารดาตายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้ 1. โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย — แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง — ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์อนามัยภายใน 24 ชั่วโมง 3. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมดเพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา 4. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 ประสานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย — ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th ภายใน 24 ชั่วโมง — ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย และจัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา — รายงานการตายมารดา (MDR report) ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน			

	5. กองมารดาและทารก กรมอนามัย — รายงานผลการดำเนินงานในระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย ทุกวันที่ 20 ของเดือน — รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข ทุก 3 เดือน — วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด และจัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง				
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ ,คลอดและหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหต ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100,000				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	
	ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน	ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน	ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน	ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน	
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย 2. แบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (MDR report) https://mpdsr.anamai.moph.go.th				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน	36.9	25.9	21.0
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์		ผู้อำนวยการกองมารดาและทารก		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4435		โทรศัพท์มือถือ : -		
	โทรสาร : 0 2590 4427		E-mail : Dr.olarik@gmail.com		
	กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิ้มจัญญ		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4438		โทรศัพท์มือถือ : 06 2596 2294		
	โทรสาร : 0 2590 4427		E-mail : loogjun.ph@hotmail.com		
	กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย				

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)											
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย											
คำนิยาม	- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260) นิยามเพิ่มเติม ● <u>การคัดกรองพัฒนาการ</u> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ● <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) ● <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 88</td><td>ร้อยละ 88</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 86	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
ร้อยละ 86	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88									
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตาม											

	โครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่ม 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่ 3. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงานและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย																
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก a = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4																
เกณฑ์การประเมิน :																	
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 86</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86														
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน																
เอกสารสนับสนุน :	1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook https://healthplatform.anamai.moph.go.th/ 2. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล https://bit.ly/3CkGHss 3. คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/ 4. ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย https://bit.ly/3irbmMM 5. หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal) - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี https://bit.ly/2Vje4eS - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/2VxlQBg - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/3CkJou4																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th></tr><tr><td></td><td>ร้อยละ</td><td>85.1</td><td>85.3</td><td>83.4</td></tr></table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566		ร้อยละ	85.1	85.3	83.4
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2564	2565	2566													
	ร้อยละ	85.1	85.3	83.4													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 โทรศัพท์มือถือ : 089 144 4208																

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)											
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	3. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน											
คำนิยาม	เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (1998; update 2013) เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการคัดกรอง/ตรวจประเมิน /วินิจฉัย โดยทีมสหวิชาชีพ แล้วพบว่ามีความพัฒนาการล่าช้า เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการบริการที่เกี่ยวกับพัฒนาการและ/หรือสุขภาพจิต เช่น การตรวจประเมิน/วินิจฉัย การกระตุ้นพัฒนาการ, การให้คำปรึกษา, การบำบัดรักษา และหรือโปรแกรมการประเมิน/ฝึกตามวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักวิชาการศึกษาพิเศษ หรือวิชาชีพอื่นที่ผ่านอบรม) ตามรหัสหัตถการ ICD9CM ดังต่อไปนี้ 89.01 - 89.09, 89.13, 89.15, 89.7, 93.01 –93.09, 93.11-93.19 , 93.21-93.29, 93.31 , 93.32 , 93.33 , 93.35 , 93.36 ,93.38 ,93.39 ,93.52 ,93.59 ,93.61-93.67 ,93.71 ,93.72 ,93.74 ,93.75 , 93.81-93.89, 93.99, 94.xx และ รหัส special PP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275											
เกณฑ์เป้าหมาย : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>วัดผลปี 70</td><td>วัดผลปี 70</td><td>วัดผลปี 70</td><td>ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103									
เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 15</td><td>ร้อยละ 20</td><td>ร้อยละ 25</td><td>ร้อยละ 30</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30									
วัตถุประสงค์	1. เพื่อทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย (IQ) 2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย 3. เพื่อให้เด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการคัดกรองตรวจประเมิน วินิจฉัย อย่างครอบคลุม 4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ											

	5. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย : เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานการศึกษาเมืองพัทยา และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ เป้าหมายย่อย : เด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการคัดกรอง/ตรวจประเมิน / วินิจฉัย โดยทีมสหวิชาชีพ แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป้าหมาย : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ เป้าหมายย่อย : ใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 65 – 30 ก.ย. 66 ทั้งตัวตั้งและตัวหาร ยกเว้น กทม. ใช้ข้อมูลที่สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายบริการในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ								
แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย : ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย ปี 2570 เป้าหมายย่อย : ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 1-13 ใช้ผลของเด็กปฐมวัยอายุ 0-5ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีพัฒนาการล่าช้าในเขตสุขภาพที่ได้รับบริการ ด้านพัฒนาการและสุขภาพจิตด้วยหัตถการ ICD-9-CM (ฟื้นฟูและจิตเวช) และรหัส Special PP (TEDA4I) จากข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทั้งหมด								
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ								
รายการข้อมูล 3	C = เด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี 11เดือน 29 วัน ที่ได้รับบริการด้วยหัตถการ ICD-9-CM (ฟื้นฟูและจิตเวช) + รหัส Special PP (TEDA4I)								
รายการข้อมูล 4	D = เด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี11 เดือน 29 วัน x ความชุก (ร้อยละ 4.2)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B) ตามเกณฑ์เป้าหมายย่อย = (C/D) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ทุก 5 ปี เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 และไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 เกณฑ์การประเมินย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 9</td><td>ร้อยละ 11</td><td>ร้อยละ 13</td><td>ร้อยละ 15</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 9	ร้อยละ 11	ร้อยละ 13	ร้อยละ 15
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 9	ร้อยละ 11	ร้อยละ 13	ร้อยละ 15						
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และจากการรายงานผลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)								
เอกสารสนับสนุน :	- ผลสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564 - รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559 กรมสุขภาพจิต								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	102.80	-
	<u>เขตสุขภาพที่ 1 – 13</u> ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการ ล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและ สุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ	12.25	12.37	9.95
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรสาร : 02-2488903 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	4.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
คำนิยาม	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (adjusted) คือ จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปีจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ไม่เกิน 21	ไม่เกิน 19	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน15
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีในแฟ้ม Labor			
แหล่งข้อมูล 1	ข้อมูลการเกิดมีชีพและประชากรกลางปีจากฐานทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย			
แหล่งข้อมูล 2	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) คูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN) และเป็นประชากร Type Area (PERSON) =1,3 ของเขตที่รับผิดชอบ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (เฉพาะประชากรType Area (PERSON)=1,3)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A / B) X 1,000			
รายการข้อมูล 3 (adjusted)	a = ค่า adjusted = อัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ.2565/ อัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 b = อัตราการคลอดจากระบบ HDC ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (ปรับเป็นอัตราการคลอด ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC X 4/1			

วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล ทุก 3 เดือน (Freeze ข้อมูลทุกวันที่ 16 ของเดือน) ไตรมาส 1 ใช้ข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 16 ก.พ. – 15 พ.ค. 67 ไตรมาส 2 ใช้ข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 16 พ.ค. – 15 ส.ค. 67 ไตรมาส 3 ใช้ข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 16 ส.ค. – 15 พ.ย. 67 ไตรมาส 4 ใช้ข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 16 พ.ย. 67 – 15 ก.พ. 68																
เอกสารสนับสนุน :	-																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th></tr><tr><td>อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี</td><td>อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน</td><td>24.4*</td><td>21.0*</td><td>19.90**</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	24.4*	21.0*	19.90**		
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2564	2565	2566													
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	24.4*	21.0*	19.90**													
	* ข้อมูลจากฐานทะเบียนราษฎร ** ข้อมูลจากระบบ HDC ไตรมาส 3 ณ 16 สิงหาคม 2566																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table><tr><td>1.นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4168 โทรสาร : 02 590 4783</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089 762 7339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com</td></tr><tr><td>2.นางสาวสุภาพร สมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4167 โทรสาร : 02 5904783</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 E-mail : strategy.rh01@gmail.com</td></tr></table> สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย					1.นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4168 โทรสาร : 02 590 4783	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089 762 7339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com	2.นางสาวสุภาพร สมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4167 โทรสาร : 02 5904783	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 E-mail : strategy.rh01@gmail.com								
1.นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4168 โทรสาร : 02 590 4783	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089 762 7339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com																
2.นางสาวสุภาพร สมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4167 โทรสาร : 02 5904783	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 E-mail : strategy.rh01@gmail.com																
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<table><tr><td>1. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4772 E-mail : poppysunko.j@gmail.com</td><td>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร : 02 5904783</td></tr><tr><td>2. นางสาวสุภาพร สมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4167 โทรสาร : 02 590 4783</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 E-mail : strategy.rh01@gmail.com</td></tr></table> สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย					1. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4772 E-mail : poppysunko.j@gmail.com	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร : 02 5904783	2. นางสาวสุภาพร สมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4167 โทรสาร : 02 590 4783	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 E-mail : strategy.rh01@gmail.com								
1. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4772 E-mail : poppysunko.j@gmail.com	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร : 02 5904783																
2. นางสาวสุภาพร สมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4167 โทรสาร : 02 590 4783	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 E-mail : strategy.rh01@gmail.com																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<table><tr><td>1. นางสาวสุภาพร สมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 4167 โทรสาร : 02 5904783</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 E-mail : strategy.rh01@gmail.com</td></tr><tr><td>2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4772 E-mail : poppysunko.j@gmail.com</td><td>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร : 02 590 4783</td></tr></table> สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย					1. นางสาวสุภาพร สมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 4167 โทรสาร : 02 5904783	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 E-mail : strategy.rh01@gmail.com	2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4772 E-mail : poppysunko.j@gmail.com	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร : 02 590 4783								
1. นางสาวสุภาพร สมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 4167 โทรสาร : 02 5904783	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 E-mail : strategy.rh01@gmail.com																
2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4772 E-mail : poppysunko.j@gmail.com	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร : 02 590 4783																

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)											
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง											
คำนิยาม	1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน 3) ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม)											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>≥ร้อยละ 96.75</td><td>≥ร้อยละ 97.0</td><td>≥ร้อยละ 97.25</td><td>≥ร้อยละ 97.5</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ร้อยละ 96.75	≥ร้อยละ 97.0	≥ร้อยละ 97.25	≥ร้อยละ 97.5
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
≥ร้อยละ 96.75	≥ร้อยละ 97.0	≥ร้อยละ 97.25	≥ร้อยละ 97.5									
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสี่ยงผู้สูงอายุ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. พื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 2. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข /แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)											
แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 2. แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100											
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส											

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
1. ชี้แจงการดำเนินงาน/ แนวทางการดำเนินงาน 2. พื้นที่มีแผนการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ 3. พัฒนาศักยภาพ บุคลากร/ภาคีเครือข่าย/ ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ 4. ผู้สูงอายุได้รับการ ประเมินความสามารถใน การประกอบกิจวัตร ประจำวัน (ADL)	ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 50	ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 60	1. ผู้สูงอายุได้รับการ ประเมินความสามารถใน การประกอบกิจวัตร ประจำวัน (ADL) ร้อยละ 80 2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะ ฟัฟง ร้อยละ 96.75		
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข รอบ 12 เดือน				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	*ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ไม่มี ภาวะฟัฟง	ร้อยละ	7,452,274 คน (ร้อยละ 96.91)	7,432,875 คน (ร้อยละ 96.71)	7,139,728 คน (ร้อยละ 96.82) ข้อมูล 15 ส.ค. 66
หมายเหตุ : * เป็นตัวชี้วัดใหม่ ใช้ Baseline จากกลุ่มติดสังคมในระบบ HDC ซึ่งตัดข้อมูลรายปีงบประมาณ (เดือนกันยายนของทุกปี)					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4273 โทรศัพท์มือถือ : 08 8645 3697 E-mail : kunthawong19@gmail.com สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 E-mail : 02Group.anamai@gmail.com สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวปิยะฉัตร พันทาส ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 E-mail : Piyachat.p@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย 2. นางสาวกนกรัตน์ แสงศรี ตำแหน่ง: นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 E-mail : kanokrat.s@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	6. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 6.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 6.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
คำนิยาม	1. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด 2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟันฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล 3. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้ - ระดับ A (Advance - level Hospital) : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง - ระดับ S (Standard - level Hospital) : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ - ระดับ M1 (Middle - level Hospital) : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ - ระดับ M2 (Middle - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 - 5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย 2 คน - ระดับ F1 (First - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ขนาด 60 – 120 เตียง - ระดับ F2 (First - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด 30 – 90 เตียง - ระดับ F3 (First - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 1 – 2 คน 4. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา ฟันฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟันฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่น ๆ 5. จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป มีทั้งหมด 901 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

	จำนวนโรงพยาบาล ในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan	
	ประเภท Service Plan	จำนวน (แห่ง)
	A	34
	S	52
	M1	40
	M2	93
	F1	94
	F2	508
	F2	80
	รวม	901

6. จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566 มีจำนวน 13,458,000 คน คิดเป็นร้อยละ 20.39 (ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่เข้าถึง 12 กรกฎาคม 2566)

7. ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมองหลายๆด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม

8. ภาวะหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของบุคคลสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว ทำให้ล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ตั้งใจ

เกณฑ์เป้าหมาย				
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
6.1 ภาวะสมองเสื่อม	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80
6.2 ภาวะหกล้ม	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	1. เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ http://agingthai.dms.go.th/ และหรือ Health Data Center (HDC)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง

	เสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ															
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ															
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 6.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = (A/B) x 100															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 6.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = (C/D) x 100															
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส															
เกณฑ์การประเมิน :																
<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>6.1 ภาวะสมองเสื่อม</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 40</td><td>≥ ร้อยละ 45</td><td>≥ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>6.2 ภาวะหกล้ม</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 50</td><td>≥ ร้อยละ 55</td><td>≥ ร้อยละ 60</td></tr></table>		ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	6.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 50	6.2 ภาวะหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
6.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 50												
6.2 ภาวะหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60												
วิธีการประเมินผล :	1. ทำการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการเป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต															
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website: http://agingthai.dms.go.th/  สื่อความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ  แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ  คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วย															

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	-	-	28.85
	ภาวะหกล้ม	ร้อยละ	-	-	44.16
ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ดึงข้อมูลวันที่ 7 ตุลาคม 2566					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.บุษกร โลหารขุน ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6213 โทรศัพท์มือถือ : 08 1707 1976 E-mail : E-mail: bloharjun@gmail.com 2. นางสาวปนิตา มุ่งกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์. 0 2590 6211 ต่อ 818 เบอร์มือถือ 09 3321 5288 E-mail: panitamungsklang07@gmail.com 3. นางพวงงาม พงศ์จตุรวิทย์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์. 0 2590 6211 ต่อ 814 เบอร์มือถือ 09 5530 6681 E-mail: tapoo55@gmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 - 13 โทรสาร : 0 2591 8277 2. กลุ่มงานนิติกระบบการแพทย์ สำนักนิติกระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail: supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายพิณิจ เอิบอิม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 โทรศัพท์มือถือ : 08 4681 1567 E-mail : piniterbim@gmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. นายบิวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์				

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ
คำนิยาม	1. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3) ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด 2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟันฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล 3. เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ 1. โรงพยาบาลระดับ S – A 2. โรงพยาบาลระดับ M1 – M2 3. โรงพยาบาลระดับ F1 – F3 4. ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้แกผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. การตรวจสุขภาพประจำปี 2. การบริการให้วัคซีนประจำปี 3. การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (counseling/Health promotion, prevention and rehabilitation หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) 4. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ 5. การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 5.1 โดยแพทย์และทีม 5.2 โดยทีมสหวิชาชีพ 6. มีระบบข้อมูล 6.1 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ 6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล 7. รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมบ้าน Teleconsultation หรือ Telemedicine เป็นต้น 8. การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล 9. การรับ-ส่งต่อ 9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system) 9.2 การส่งกลับชุมชน (COC, Home visit)

5. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สร. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้

- ระดับ A (Advance - level Hospital) : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง

- ระดับ S (Standard - level Hospital) : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ

- ระดับ M1 (Middle - level Hospital) : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ

- ระดับ M2 (Middle - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 - 5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย 2 คน

- ระดับ F1 (First - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ขนาด 60 – 120 เตียง

- ระดับ F2 (First - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด 30 – 90 เตียง

- ระดับ F3 (First - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 1 – 2 คน

6. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยันวินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่น ๆ

7. จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป มีทั้งหมด 901 โรงพยาบาล (กongsuทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

จำนวนโรงพยาบาล ในสังกัด สป.สร. แบ่งตามประเภท Service Plan	
ประเภท Service Plan	จำนวน (แห่ง)
A	34
S	52
M1	40
M2	93
F1	94
F2	508
F2	80
รวม	901

8. จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566 มีจำนวน 13,458,000 คน คิดเป็นร้อยละ 20.39 (ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่เข้าถึง 12 กรกฎาคม 2566)

9. ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมองหลายๆด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม

10. ภาวะหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของบุคคลสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว ทำให้ล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ตั้งใจ

เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ≥ ร้อยละ 50		โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ≥ ร้อยละ 60		โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ≥ ร้อยละ 70	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์		1. เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟันฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส			
แหล่งข้อมูล		Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ http://agingthai.dms.go.th/ และหรือ Health Data Center (HDC)			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (พิจารณาสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ A, S, M, F)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ = (A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล		รายงานเป็นรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		-	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :		1. ทำการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต			
เอกสารสนับสนุน :		1. แนวทางการดูแลรักษาจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website: http://agingthai.dms.go.th/			

	   สื่อความรู้ด้านเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ แนวทางการจัดบริการ คลินิกผู้สูงอายุ คู่มือแนวทางการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและ ประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วย																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th data-bbox="507 696 707 790" rowspan="2">Baseline data</th> <th data-bbox="707 696 874 790" rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" data-bbox="874 696 1428 741">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th data-bbox="874 741 1059 790">2564</th> <th data-bbox="1059 741 1244 790">2565</th> <th data-bbox="1244 741 1428 790">2566</th> </tr> <tr> <td data-bbox="507 790 707 920">ร้อยละของ โรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุ</td> <td data-bbox="707 790 874 920">ร้อยละ</td> <td data-bbox="874 790 1059 920" style="text-align: center;">-</td> <td data-bbox="1059 790 1244 920" style="text-align: center;">-</td> <td data-bbox="1244 790 1428 920" style="text-align: center;">94.70</td> </tr> </table> ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ดึงข้อมูลวันที่ 7 ตุลาคม 2566					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	ร้อยละของ โรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	-	-	94.70
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2564	2565	2566														
ร้อยละของ โรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	-	-	94.70														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.บุษกร โลหารจุน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6213 E-mail : E-mail: bloharjun@gmail.com ผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : 08 1707 1976 2. นางสาวปณิดา มุ่งกลาง เบอร์โทรศัพท์. 0 2590 6211 ต่อ 818 E-mail: panitamungklang07@gmail.com 3. นางพวงงาม พงศ์จตุรวิทย์ เบอร์โทรศัพท์. 0 2590 6211 ต่อ 814 E-mail: tapoo55@gmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์																	
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 - 13 โทรสาร : 0 2591 8277 2. กลุ่มงานนิติระบบการแพทย์ สำนักนิติระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail: supervision.dms@gmail.com																	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายพินิจ เอิบอิม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 E-mail : piniterbim@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 08 4681 1567 สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์																	

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	8. อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน											
คำนิยาม	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชากร เป็นตัวชี้วัดที่วัดจากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities: HLC) ในแต่ละปี ซึ่งจัดโดยสถานบริการสุขภาพที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ คนไทย รอบรู้ ของกรมอนามัย (https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/) ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค พั่นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดีกับผู้ใช้บริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองสุขภาพดี ที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้นหรืออยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนรวบรวบจากผู้ให้บริการของตนเองตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัย กลุ่มวัย หมายถึง กลุ่มประชาชนเป้าหมาย คือ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>71</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	71	73	74	75
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
71	73	74	75									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูล ความรู้ และการบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างอย่างต่อเนื่องผ่านการบริการสุขภาพและสังคมที่มีอยู่ในปัจจุบัน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) หน่วยบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2) หน่วยบริการสุขภาพสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตการศึกษาขั้นพื้นฐาน 4) สถานศึกษาที่เป็นภาคีเครือข่ายกับกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา											

	5) สถานประกอบการที่อยู่ในฐานข้อมูล Thai Stop Covid 6) ภาควิชาเครือข่ายสถานประกอบการของสมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย) ในพระราชูปถัมภ์ฯ 7) เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยและกรมกิจการผู้สูงอายุ 8) ภาควิชาเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะของสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 9) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 10) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเปราะบาง มารดาและทารก เด็กวัยเรียน วัยทำงาน ผู้สูงอายุ แรงงานนอกระบบ ผู้ที่มีการศึกษาจำกัด และผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การขึ้นทะเบียนและบันทึกการเข้ารับบริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัย ผ่านระบบสาสุข อุ่นใจ		
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ “สาสุข อุ่นใจ”		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เข้าร่วมที่มีคะแนนการประเมินตั้งแต่ร้อยละ 67 ของคะแนนเต็มขึ้นไปหรือเรียกว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม ปี พ.ศ. 2566	ค่าเป้าหมายผู้ร่วมกิจกรรม ปี พ.ศ.2567	เป้าหมายสัดส่วนร้อยละของผู้ที่มี HL เพียงพอ ปี พ.ศ. 2567
1	4359	4500	71
2	4773	4500	71
3	344	4500	71
4	5269	4500	71
5	837	4500	71
6	3303	4500	71
7	9621	4500	71
8	9913	4500	71
9	2689	4500	71
10	7123	4500	71
11	3339	4500	71
12	1811	4500	71

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 25	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 50	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 75	- ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 80 - อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 71

วิธีการประเมินผล : เทียบกับค่าเป้าหมายของเขตสุขภาพ

รอบประเมิน	เป้าหมายขั้นต่ำ	เป้าหมายมาตรฐาน	เป้าหมายขั้นสูง
เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ			
6 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
เป้าหมายอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
12 เดือน	น้อยกว่าร้อยละ 69	ร้อยละ 71	ร้อยละ 73

เอกสารสนับสนุน : จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ และข้อมูลอัตราความรอบรู้ฯ รายอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ ในเว็บไซต์ “สาสุข อุ๋นใจ”

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม	คน	-	53381	54000
	อัตราความรอบรู้ฯ	ร้อยละ	-	93.57 (Rapid Survey)	71

หมายเหตุ: HLO 4,120 แห่ง หมายถึง สถานบริการสุขภาพที่ได้รับคะแนนรีวิวจากผู้ใช้บริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และในปีงบประมาณ 2567 คะแนนรีวิวจะเพิ่มเป็นร้อยละ 90

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ว่าที่ ร.ต.มณฑล หวานวาจา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4701 โทรศัพท์มือถือ : 098 259 9255
E-mail : witwanwaja@hotmail.com

2. นายสายชล คล้อยเอี่ยม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4705 โทรศัพท์มือถือ : 088 323 4265
E-mail : Saichon.k@anamai.mail.go.th

กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

นางสาวกมลวรรณ สุขประเสริฐ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4704 โทรศัพท์มือถือ : 081 609 8538
E-mail : kamonwan.sukp@gmail.com

กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

นางสาวดวงพร ไชยวัณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4700 โทรศัพท์มือถือ : 088 088 6933
E-mail : Duangpoun.k@anamai.mail.go.th

กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)											
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ											
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	9. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ											
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองผ่านโปรแกรม CL UCCARE และได้รับการรับรองผลการประเมินจากระดับจังหวัด อำเภอ หมายถึง หน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยมีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 878 แห่ง การรับรองผลการประเมินจากระดับจังหวัด หมายถึง การรับรองผลการประเมินตนเองของแต่ละ พชอ. โดยคณะกรรมการระดับจังหวัด ซึ่งอย่างน้อยประกอบไปด้วย 1) ผู้แทนจากกระทรวงมหาดไทย 2) ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข 3) ผู้แทนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และบุคคลอื่น ๆ ตามที่จังหวัดเห็นสมควร											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2567</td><td>ปีงบประมาณ 2568</td><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td></tr><tr><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 89</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 92</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 87	ร้อยละ 89	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570									
ร้อยละ 87	ร้อยละ 89	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92									
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	ไตรมาสที่ 4											

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน													
1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน และมีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา และบันทึกประเด็นผ่านโปรแกรม CL UCCARE	1. มีคณะทำงาน (ย่อย) ตามประเด็น วางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการ บูรณาการ ทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน	1. คณะทำงาน ดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเอง ผ่านระบบ <u>CL UCCARE</u> 2. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัด และระดับประเทศ	1.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการผลักดันประเด็นที่คล้ายคลึงกันในแต่ละอำเภอเพื่อเป็นประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันในระดับจังหวัด 2. ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 87													
วิธีการประเมินผล :	1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.มีคณะทำงาน (ย่อย) ในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน 3.มีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเอง (ผ่านโปรแกรม CL UCCARE) และมีกระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัด และระดับประเทศ															
เอกสารสนับสนุน :	1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตรดับพื้นที่ พ.ศ.2561 4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตรดับอำเภอ และโปรแกรม CL UCCARE															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>878 อำเภอ</td><td>ร้อยละ (อำเภอ)</td><td>ร้อยละ 71.41 (627อำเภอ)</td><td>ร้อยละ73.12 (642 อำเภอ)</td><td>ร้อยละ 83.77 (736 อำเภอ)</td></tr></table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	878 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 71.41 (627อำเภอ)	ร้อยละ73.12 (642 อำเภอ)	ร้อยละ 83.77 (736 อำเภอ)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2563	2564	2565												
878 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 71.41 (627อำเภอ)	ร้อยละ73.12 (642 อำเภอ)	ร้อยละ 83.77 (736 อำเภอ)												

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อภิสิทธิ์ บัญญัติ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 08 1498 0135 โทรสาร : 02 590 1938 E-mail :
	2. นพ.อมรเทพ บุตรกตัญญู รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 09 1789 6262 โทรสาร : 02 590 1938 E-mail :
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.อมรเทพ บุตรกตัญญู รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 09 1789 6262 โทรสาร : 02 590 1938 E-mail : สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.อมรเทพ บุตรกตัญญู รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 09 1789 6262 โทรสาร : 02 590 1938 E-mail :

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ.
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) หมายถึงการทำงานอย่างมีคุณค่า
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. (Resource sharing and human development)
6. การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ (Essential care)

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

UCCAR E	1 เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยาย การ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณา การ	คำสำคัญและนิยาม ปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่ จะทำงาน ร่วมกันและ ดำเนินงาน ตามหน้าที่ ในส่วนที่ รับผิดชอบ	มีการทำงาน ร่วมกันเป็น ทีมในบาง ประเด็น และ/หรือ มี ภาคีภาค ส่วนร่วม ด้วย	มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีม (cross functional) ระหว่างฝ่ายคิด วางแผนและ ดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วน ร่วมด้วยบางส่วน	มีการทำงานร่วมกัน เป็นโครงข่ายทีม เดียวกัน ทั้งแนวตั้งและ แนวนอน (fully integrate) โดยมี ภาคีทุกภาคส่วน ร่วมด้วย	ชุมชน ภาคี ภาคส่วน ต่างๆ ร่วม เป็นทีม ใน ทุกประเด็น การพัฒนา คุณภาพชีวิต	การทำงานเป็นทีม ของคณะกรรมการ พชอ. หมายถึงการ ทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ (ส่วนท้องถิ่น และท้องที่) ภาคเอกชน และภาค ประชาชน ที่มี นายอำเภอเป็น ประธานและ สาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ
Customer Focus	มีการ กำหนด กลุ่มเป้าหมาย อย่าง ชัดเจนและ เหมาะสมกับ บริบทของ พื้นที่	มีการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการ ของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ที่ หลากหลาย อย่างน้อย ในกลุ่มที่มี ปัญหาหนัก ที่สุด	มีการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมประชากร ส่วนใหญ่ และนำมา แก้ไข ปรับปรุง	มีการเรียนรู้และ พัฒนาการรับรู้ ความ ต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ให้ สอดคล้อง และมี ประสิทธิภาพมากขึ้น	ความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ถูกนำมา บูรณาการกับ ระบบต่างๆ จนทำให้ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมี ส่วนร่วม	ความต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประเด็น ปัญหาหรือประเด็น พัฒนา ที่ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย จำเป็นต้องได้รับการ แก้ไข
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ ชุมชน และ ภาคีภาค ส่วน มีส่วน ร่วมในการ ดำเนินงาน	ดำเนินการ ให้ชุมชน และภาคี ภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการ	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนมีส่วนร่วมคิด ร่วม ดำเนินการพัฒนา คุณภาพชีวิตอย่างเป็น ระบบ และมีการขยาย วงได้ค่อนข้าง ครอบคลุม	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วมดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิต และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการมีส่วนร่วม	ชุมชน และ ภาคีภาค ส่วนร่วม ดำเนินการ อย่างครบ วงจร รวมทั้ง การ	

UCCAR E	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือเริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
		ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น		ให้เหมาะสมมากขึ้น	ประเมินผลจนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจของคณะกรรมการ พขอ.	มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของคณะกรรมการ พขอ. ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	คณะกรรมการ พขอ.มีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนา และสร้างความผูกพันของคณะกรรมการ พขอ.ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้คณะกรรมการ พขอ. มีความสุข ภูมิใจ รับผิดชอบต่อคุณค่าและเกิดความผูกพันในงานร่วมกัน	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่คณะกรรมการ พขอ. มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และงานที่ได้รับมอบหมายด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุ พันธกิจที่กำหนดไว้
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทางหรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และพัฒนาคณะกรรมการ พขอ. ร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน	มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาคณะกรรมการ พขอ. ร่วมกัน ในบางประเด็นหรือบางระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาคณะกรรมการ พขอ. ร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมาย	มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และพัฒนาคณะกรรมการ ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของคณะกรรมการ พขอ. (ไม่มีการแบ่งกัน) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงานร่วมกัน

UCCAR E	1 เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยาย การ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณา การ	คำสำคัญและนิยาม ปฏิบัติการ
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการ จัดระบบการ แก้ไขปัญหา/ พัฒนา คุณภาพชีวิต ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ตามบริบท ของพื้นที่	มีการ จัดระบบ การแก้ไข ปัญหา/ พัฒนา คุณภาพชีวิต ตามบริบท ตามความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย บางส่วน โดยเฉพาะ กลุ่มที่มี ปัญหาหนัก	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต ตาม บริบท ตามความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ที่ ครอบคลุม	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบการแก้ไข ปัญหา/พัฒนาคุณภาพ ชีวิต มีการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการ พัฒนาคุณภาพชีวิตที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการ จัดระบบการ แก้ไขปัญหา/ พัฒนา คุณภาพชีวิต แบบบูรณา การร่วมกับ ประชาชน ชุมชนภาคี ภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง	<i>Essential Care</i> หมายถึง การแก้ไข ปัญหาหรือพัฒนา คุณภาพชีวิตให้ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และ เป็นไปตามศักยภาพ ของคณะกรรมการ พชอ.

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	10. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)
คำนิยาม	ประกอบด้วย 1. ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System) หมายถึง ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ระบบหลักได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง 4 ระบบหลักต้องเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน 2. การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre- Hospital care) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็ว ทันเวลาและมีประสิทธิภาพตั้งแต่จุดเกิดเหตุ 3. การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาล (In-Hospital care) หมายถึง กระบวนการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นการดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย 4. การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล (Inter-hospital Transportation) หมายถึง กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ทำให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลมีศักยภาพที่สูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย 5. การบริหารจัดการภัยพิบัติ Disaster management หมายถึง การใช้กลไก กระบวนการ และองค์ประกอบในการดำเนินงาน เพื่อจุดมุ่งหมายในประสิทธิผลและประสิทธิภาพของปฏิบัติการด้านภัยพิบัติ (การป้องกัน การลดผลกระทบ การเตรียมพร้อม การเผชิญเหตุ) 6. ทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Team) หมายถึง ทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบการเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 7. ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) หมายถึง เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลและรับส่งผู้ป่วย สำหรับเฝ้าระวังปัญหาการบาดเจ็บทางถนนของจังหวัด 8. ค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival) หมายถึง การพิจารณาข้อมูลของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทุกราย ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และแยกผู้บาดเจ็บออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ค่า Ps น้อยกว่า 0.25 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ (non preventable death) 2) ค่า Ps 0.25 ถึง 0.50 เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มป้องกันการเสียชีวิตได้ (potentially preventable death) 3) ค่า Ps

มากกว่า 0.50 เป็นกลุ่มที่ป้องกันการเสียชีวิตได้ (preventable death)

9. **คู่มือมาตรฐานรพพยาบาล** หมายถึง การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของรพพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย มาตรฐานโครงสร้างรพพยาบาล แนวปฏิบัติเพื่อการขับเคลื่อนรพพยาบาลปลอดภัย แนวทางเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ขณะปฏิบัติงานบนรพพยาบาล แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยบนรพพยาบาล และแนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรพพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
10. **CIR (Critical Information Requirement) ระดับจังหวัด** หมายถึง ข้อมูลสำคัญของเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ หรืออาจมีผลกระทบต่อสาธารณสุขในวงกว้างหรือมีความรุนแรงสูง ต้องการการตอบสนองเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง
11. **ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System : ICS) สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards)** หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับบัญชาการ สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากรที่แม่นยำและรวดเร็ว
12. **สาธารณภัย** หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายถึงรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล
13. **ความเสี่ยงสาธารณภัย** หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความว่า“โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ
14. **การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย (Risk Assessment)** หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวกับภัย ความถี่ ความรุนแรง และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษยทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม
15. **แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP)** หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอน และวิธีการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะ ปกติ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง
16. **การฝึกซ้อมแผน** หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัย

Resource Mapping หมายถึง การจัดทำระบบฐานข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางแผนการบริหารจัดการสาธารณภัยและในภาวะฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงพื้นที่ โดยนำข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบหรือลักษณะต่าง ๆ จัดทำให้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ในรายละเอียดทุกมิติ ได้แก่ การคาดการณ์ การจัดหา การสำรอง การจัดเก็บ การขนส่ง เป็นต้น เพื่อสนับสนุนการจัดการสาธารณภัยและภาวะฉุกเฉินให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	(ร้อยละ 70)	(ร้อยละ 80)	(ร้อยละ 90)	(ร้อยละ 95)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางของหน่วยงานระดับจังหวัด 2. เพื่อสนับสนุนการใช้งานระบบการรายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ให้มีความเสถียรภาพด้านความถูกต้อง คุณภาพของข้อมูล และการประมวลผลของระบบให้ครอบคลุม 3. ติดตามและประเมินการใช้อย่างมีคุณภาพกำหนดมาตรฐานรพยบาล กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยของหน่วยงานระดับจังหวัด 4. เพื่อยกระดับการพัฒนากระบวนการปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้ 5. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรสำรองฉุกเฉินและระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 76 จังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองสาธารณสุขฉุกเฉินประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด			
รายการข้อมูล 1	จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดครบทั้ง 4 ระดับ (13 ตัวชี้วัดย่อย)-ตามเกณฑ์การประเมินและมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก			
รายการข้อมูล 2	จำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง 4 ระดับ (13 ตัวชี้วัดย่อย) และมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก* 100) / จำนวนจังหวัดทั้งหมด			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) และ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)			

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566 – 2570

ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	คะแนน	เป้าหมายดำเนินการ		
			6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน					
การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) / Pher Plus เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข					
1	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้ง/พัฒนาระบบและส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) /pher plus ได้ทุกแห่ง	1	✓		
2	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า 0.5 มา review death case	1		✓	
3	การสรุปสถานการณ์การบาดเจ็บจากการจราจรระดับประเทศ รวมทั้งข้อเสนอแนะและแผนงานระยะถัดไป	1			✓

การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation)					
4	ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรพพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย 5 หมวด	1		✓	
	คะแนนรวม	4	1	2	1
ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข					
5	การรายงาน DCIR ที่ครอบคลุมและทันเวลา	1		✓	
6	การวิเคราะห์และการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 3 อันดับแรก และจัดทำรายงานตามแบบฟอร์ม	1	✓		
7	จัดทำคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข และโครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ ของหน่วยงานครบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ภารกิจ ด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ 2) ภารกิจด้านปฏิบัติการ 3) ภารกิจด้านการสนับสนุน	0.5	✓		
8	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น AHP/HSP/BCP/IAP	0.5	✓		
9	ดำเนินการฝึกซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย จากการกำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการประเมินความ เสี่ยง	1			✓
10	มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่จำเป็นและรายชื่อ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขของจังหวัด	1	✓		
11	มีข้อมูลคลังของทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในสถานการณ์ฉุกเฉินของจังหวัดที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	1		✓	
12	มีคู่มือแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินของจังหวัด	1			✓
13	มีการจัดฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้าน การแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนภายในจังหวัด	1			✓
	คะแนนรวม	8	3	2	3
	คะแนนเต็ม	12	4	4	4

สูตรคำนวณระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) คำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 13 ตัวชี้วัดย่อย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ (คะแนน)		
	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
12	1.00 – 4.00	5.00 – 8.00	9.00 – 12.00

วิธีการประเมินผล	ระดับ	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน		
	1.	การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) / Pher Plus เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข	
		1.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้ง/พัฒนาระบบและส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) /pher plus ได้ทุกแห่ง	1.1.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานข้อมูลและส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) /pher plus ได้ร้อยละ 100
		1.2 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า 0.5 มา review death case	1.2.1 มีรายงานข้อมูล PS Score ในโรงพยาบาล A S M1 ครบร้อยละ 100
		1.3 การสรุปสถานการณ์การบาดเจ็บจากการจราจรระดับประเทศ รวมทั้งข้อเสนอแนะและแผนงานระยะถัดไป	1.3.1 รายงานสรุปสถานการณ์การบาดเจ็บจากการจราจรระดับประเทศ รวมทั้งข้อเสนอแนะและแผนงานระยะถัดไป
	2.	การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation)	
		ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย 5 หมวด 1) โครงสร้างรถพยาบาล 2) แนวปฏิบัติเพื่อการขับขี่รถพยาบาลปลอดภัย 3) แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ขณะปฏิบัติงานบนรถพยาบาล 4) แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยในรถพยาบาล 5) แนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาล	2.1 รายงานผลการประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย หมายเหตุ : ปี 67 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good ปี 68 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good ปี 69 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good

		ปี 70 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของ จังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ excellent
ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข		
1.	ระบบการรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน	
	1.1 การรายงาน DCIR ที่ครอบคลุม และทันเวลา	1.1.1 มีเกณฑ์ DCIRs ที่เป็นปัจจุบัน 1.1.2 รายงาน DCIRs 1.1.3 ทะเบียนรับแจ้ง DCIRs หรือ ระบบต่างๆที่สามารถอ้างอิงได้
2.	ระบบการเตรียมความพร้อมโครงสร้างและกลไกในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยงานระดับจังหวัด	
	2.1 การวิเคราะห์และการประเมิน ความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่ สำคัญ จำนวน 3 อันดับแรก และ จัดทำรายงานตามแบบฟอร์ม	2.1.1 รายงานผลการประเมินความ เสี่ยง โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ 3 อันดับ แรกของจังหวัด ตามแบบฟอร์มกลาง
	2.2 จัดทำคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข และโครงสร้างของระบบ บัญชาการเหตุการณ์ของหน่วยงาน ครบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ภารกิจด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ 2) ภารกิจด้านปฏิบัติการ 3) ภารกิจ ด้านการสนับสนุน	2.2.1 คำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข 2.2.2 โครงสร้างของระบบบัญชาการ เหตุการณ์ของหน่วยงานครบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ภารกิจ ด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ 2) ภารกิจ ด้านปฏิบัติการ 3) ภารกิจด้านการ สนับสนุน
	2.3 จัดทำแผนเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับการจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น AHP/HSP/BCP/IAP ฉบับปรับปรุง ประจำปี พ.ศ. 2567	2.3.1 แผนปฏิบัติการครอบคลุมทุก โรคและภัยสุขภาพ (All-Hazard Plan: AHP) หรือ แผนปฏิบัติการ เฉพาะโรคและภัยสุขภาพ (Hazard Specific Plan: HSP) หรือแผน ประคองกิจการ (Business Continuity Plan: BCP) หรือแผน เผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) หมายเหตุ : ทุกแผนขอให้ทบทวน เป็นฉบับปัจจุบัน
	2.4 ดำเนินการฝึกซ้อมแผนร่วมกับ หน่วยงานภาคีเครือข่าย จากการ กำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการ ประเมินความเสี่ยง	2.4.1 รายงาน/สรุปซ้อมแผนของโรค และภัยสุขภาพที่สำคัญ อย่างน้อย 1 ภัย จากการกำหนดโรคหรือภัย สุขภาพตามการประเมินความเสี่ยง

	3.	ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรสำรองฉุกเฉินและระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข	
		3.1 มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่จำเป็นและรายชื่อผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขของจังหวัด	3.1.1 ทะเบียนรายการทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญที่จำเป็นของแต่ละชนิดของโรคและภัยสุขภาพ และเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกทรัพยากร 3.1.2 ข้อมูลผู้ประกอบการยาและเวชภัณฑ์ที่เป็นแหล่งจัดหาหลักและแหล่งจัดหาสำรอง
		3.2 มีข้อมูลคลังของทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ฉุกเฉินของจังหวัดที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	3.2.1 ข้อมูลรายการทรัพยากรคงคลัง (Stock) ของ ทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณสุขของหน่วยบริการที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน และสามารถเรียกดูย้อนหลังได้อย่างน้อย 3 ปี 3.2.2 ข้อมูลการคาดการณ์สำหรับสำรองยาและเวชภัณฑ์ (Safety Stock) สำหรับตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณสุข
		3.3 มีคู่มือแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินของจังหวัด	3.3.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินของจังหวัด 3.3.2 คู่มือแนวทางการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับจังหวัด
		3.4 มีการจัดฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนภายในจังหวัด	3.4.1 แผนการฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของหน่วยงาน 3.4.2 สรุปผลและการประเมินการฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุข ตามแผนที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน :	1) ฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) http://ae.moph.go.th/ 2) แบบประเมินผู้ปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 3) คู่มือมาตรฐานรพยบาลกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย 4) แบบประเมินติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามมาตรฐานรพยบาล กระทรวงสาธารณสุข 5) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) 6) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 7) แนวทางประเมินความเสี่ยงภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 8) กรอบรายการทรัพยากรในแต่ละภัยที่สำคัญ ของกองสาธารณสุขฉุกเฉิน Download เอกสารสนับสนุนทั้งหมด ได้ที่ https://shorturl.asia/A1tHu				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 65 ของจังหวัดที่ดำเนินการได้ในระดับดีมาก
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สุชาติเดช เจริญไชย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : 087 979 1785 โทรสาร : 02 590 2804 E-mail : sariddet@gmail.com 2. นายแพทย์ศุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล รองผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : - 3. นายแพทย์จิรศักดิ์ วรสุนทรโรสถ ที่ปรึกษากองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : Jirasaknok2@gmail.com 4. นายแพทย์วัชรนันท์ ถิ่นนัยธร ที่ปรึกษากองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : - 5. นายแพทย์ยุทธกรานต์ ชินโสทร ที่ปรึกษากองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : whitegown2002@hotmail.com				

	6. นางสาวสุรรัตน์ ใจดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1844 โทรสาร : 02 590 1771 7. นายสกล ลิขิตภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1844 โทรสาร : 02 590 1771 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 094 628 9907 E-mail : sureeratdee@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 086 032 3860 E-mail : lskol@hotmail.com
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. น.ส.นิตยา คณิตสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1967 โทรสาร : 02 590 1771 2. น.ส.ปฐริดา แก้วเกษศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1099 โทรสาร : 02 590 1771 3. นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771 4. น.ส.รุ่งทิภา ใจตรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1853 โทรสาร : 0 2590 1771 5. น.ส.ณัฐชญา น้อยยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1908 โทรสาร : 0 2590 1771 6. นายสุบรรณ สิงห์โต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1002 โทรสาร : 0 2590 1771 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 061-563-5453 E-mail : Kanitsarn@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 085 246 3990 E-mail : dphem.ecs@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 094 941 6996 E-mail : logistics2.dphem@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 088 894 8600 E-mail : eoc.dphem@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 087 254 5261 E-mail : satmoph@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางสาวพนิดา นาถนอม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771 2. นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771 3. นางสาววรรัตน์ ทุนทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 080 076 7931 E-mail : dphem.kpi@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธณ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com

	4. นายภาสกร ณ นคร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 087 331 7241 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : dphem.kpi@gmail.com กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
--	--

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	11. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง 11.1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 11.2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
คำนิยาม (ตัวชี้วัดที่ 11.1)	1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 1.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวิธีการคัดกรอง มี 2 วิธีดังนี้ (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หมายเหตุ : 1. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน 2. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป 1.2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน ภายใน 1 - 180 วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
		$\geq$ ร้อยละ 72	$\geq$ ร้อยละ 74	$\geq$ ร้อยละ 76
				ปีงบประมาณ 70
				$\geq$ ร้อยละ 78
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE=“9”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud						
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการ การตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อน สิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและ เป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100						
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน						
เกณฑ์การประเมิน :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		≥ร้อยละ 35		≥ร้อยละ 55		≥ร้อยละ 72	
วิธีการประเมินผล	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจ ยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทาง ห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้น ปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl						
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2563	2564	2565	2566	
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน	ร้อยละ	59.99	63.15	70.28	68.89 (ข้อมูล: HDC 16 ส.ค.66)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด		ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963		โทรศัพท์มือถือ :				
	โทรสาร : 0 2590 3893		E-mail : : iamkrisada@gmail.com				
	2. นายแพทย์ชูฤทธิ์ เตังไตรสรณ์		รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963		โทรศัพท์มือถือ :				
	โทรสาร : 0 2590 3893		E-mail : t.churit@gmail.com				
	3. นางสาวณัฐฉิรวรรณ พันธมุง		หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867		โทรศัพท์มือถือ :				
	โทรสาร : 0 2590 3867		E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com				

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค			
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางสาวณัฐจิรพรรณ พันธุ์มุง	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867	โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 0 2590 3867	E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com		
	2. นางสาววรัญญา ตรีเหลา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867	โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 0 2590 3867	E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com		
	3. นางสาวสุภาพร หน่อคำ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867	โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 0 2590 3867	E-mail : maymmay2343@gmail.com		
	4. นางสาวจิตตรา ัญญารักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867	โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 0 2590 3867	E-mail : chittrathanyarak@gmail.com		
คำนิยาม (ตัวชี้วัดที่ 11.2)	1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ			
	2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 1- 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 1- 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง			
	หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ≥ ร้อยละ 85 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ≥ ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	≥ร้อยละ 85	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 93	≥ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง			

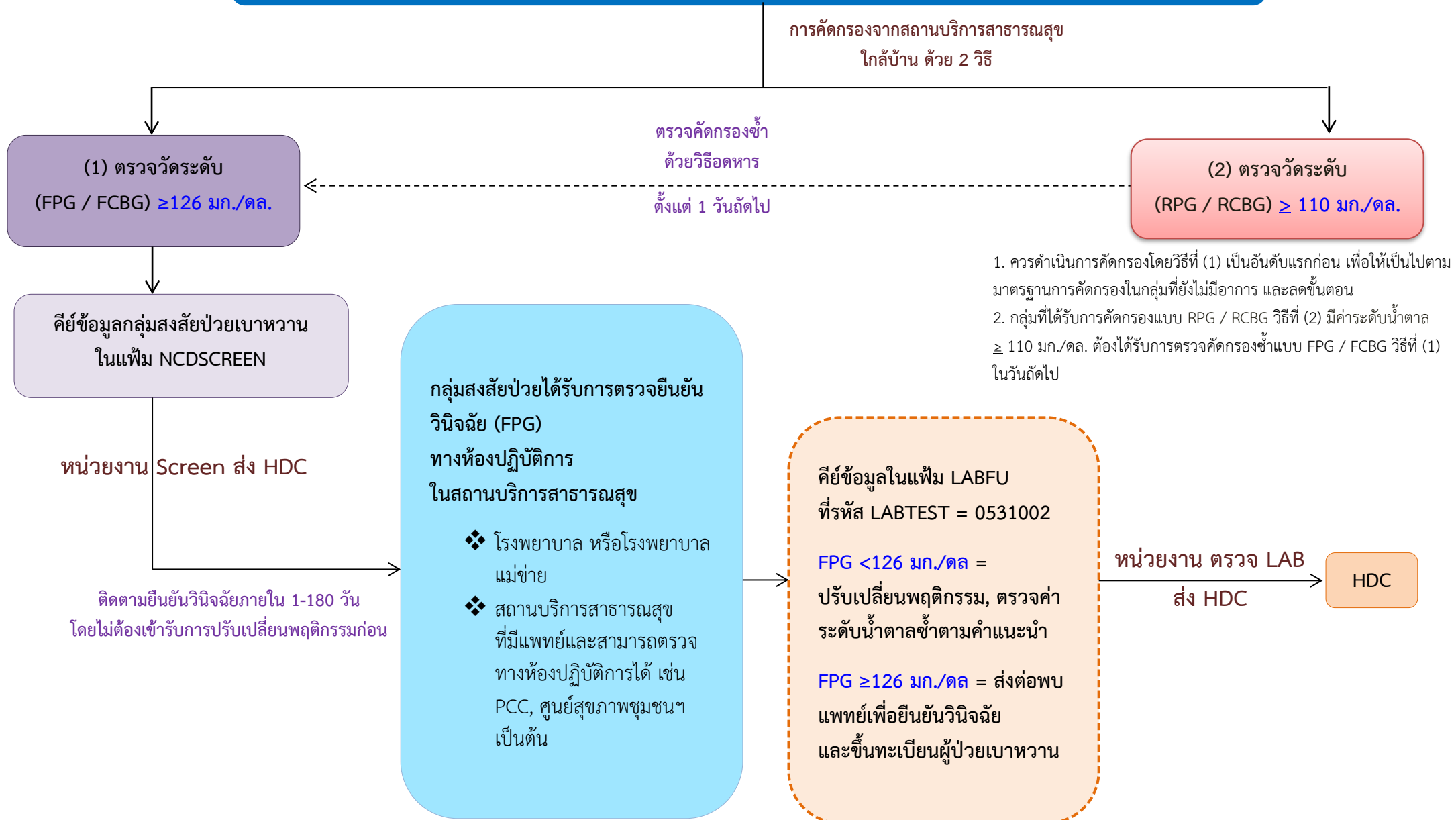
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในปัจจุบันประมาณ หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และ PERSON.DISCARGE=“9”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud - บันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด แล้วเลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล> ระบบบันทึกข้อมูลนอกเหนือจาก 43 แฟ้ม>บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน> ลงชื่อเข้าใช้งานโปรแกรม								
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ: กรณีได้วัดความดันโลหิตซ้ำด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) และได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม การประมวลผลจะใช้ผลจากการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปัจจุบันประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100								
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน								
เกณฑ์การประเมิน :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≥ร้อยละ 60</td><td>≥ร้อยละ 75</td><td>≥ร้อยละ 85</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 85						
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข <u>หมายเหตุ</u> <u>วิธีการประมวลผล</u> A1 : กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDScreen และได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยโดยการทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกัน อย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวช								

	ปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย โดยเข้าบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด แล้วเลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล> ระบบบันทึกข้อมูล นอกเหนือจาก 43 แฟ้ม>บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน> ลงชื่อเข้าใช้งานโปรแกรม A2 : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือ ในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดยประมวลผลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ที่มีประวัติสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในแฟ้ม NCDSCREEN โดยการคิดผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง 2 วิธี จะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก การประมวลผลใช้ค่าจากการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก B : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg (NCDSCREEN.DATESERV) ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ โดยคิดจากค่าความดันโลหิตที่เข้าได้กับกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง <u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน)</u> 1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564 <u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม)</u> 1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิมภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องไม่เกินวันที่ 30 มกราคม 2564 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2564					
เอกสารสนับสนุน	1. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ 2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2563	2564	2565	2566
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	68.92	76.31	91.73	80.44 (ข้อมูล: HDC 16 ก.ค. 66)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893		ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : : iamkrisada@gmail.com			
	2. นายแพทย์ชูฤทธิ์ เตังไตรสรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893		รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : t.churit@gmail.com			

	3. นางสาวณัฐจิรพรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางสาวณัฐจิรพรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 2. นางหทัยชนก เกตุจนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 3. นางสาวเบญจมาศ นาคราช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 4. นางสาวขวัญชนก อีสระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 5. นางสาวสุภาพร ศุภษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : hathaichai@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : bnakkarach@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : khuanchanok_cake@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supasorn_su@hotmail.com

เอกสารแนบ 1

แนวทางการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน



หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	12. ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562			
คำนิยาม	การขับเคลื่อนกลไกภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญของโครงการ โดยสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย 1. จัดทำและดำเนินการตามระบบการแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม โดยจัดทำกระบวนการ กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อม เช่น การฝึกซ้อมชนิดบนโต๊ะ เป็นต้น อย่างน้อย 1 โรคตาม พ.ร.บ.ฯ (ได้แก่ โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากฝุ่นซิลิกา โรคจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน โรคจากภาวะอับอากาศ) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการได้เมื่อเกิดเหตุการณ์ 2. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอมาตรการต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัด / กทม. 3. การสื่อสาร สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ในกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 7 กลุ่ม ดังนี้ (1) กลุ่มนายจ้าง (2) ลูกจ้าง (3) แรงงานนอกระบบ (4) ประชาชนที่ได้รับหรืออาจได้รับมลพิษ (5) เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ (6) หน่วยบริการ (7) พนักงานเจ้าหน้าที่ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น social media วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว สื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างน้อย 1 กลุ่ม			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
		ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
				ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมให้เกิดการคุ้มครองสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	77 จังหวัด (รวมกรุงเทพมหานคร)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัด / กทม. รายงานข้อมูลตามแบบรายงานที่กรมควบคุมโรคกำหนด			

แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 2. สำนักอนามัย กทม. และ/หรือ สำนักการแพทย์ กทม. รายงานข้อมูลไปยังสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ดำเนินงานตามมาตรการสำคัญครบทั้ง 3 ข้อ ตามที่ระบุไว้ในนิยาม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (77 จังหวัด)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1 - 4)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับส่วนกลาง 1.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 2. จัดทำคู่มือ/แนวทางการแจ้ง การรายงานโรคฯ 3. สนับสนุนคู่มือ/แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง 4. จัดอบรมให้ความรู้ สคร. / สปคม. 5. จัดทำ/สนับสนุนชุดสื่อให้ความรู้ 7 กลุ่มเป้าหมาย ภายใต้ พ.ร.บ.ให้กับ สคร. / สปคม.	ระดับส่วนกลาง 1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based 2. สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการดำเนินการตามมาตรการสำคัญทั้ง 3 ข้อตามที่ระบุไว้ในนิยาม	ระดับส่วนกลาง 1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานจากระบบ Event based 2. สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการดำเนินการตามมาตรการสำคัญทั้ง 3 ข้อตามที่ระบุไว้ในนิยาม 3. ประเมินผลการรับรู้ฯ พ.ร.บ.ฯ ในกลุ่มเป้าหมาย	ระดับส่วนกลาง 1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานจากระบบ Event based 2. สรุปผลการดำเนินงานในภาพประเทศ รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
ระดับ สคร./สปคม. 1. สื่อสาร ถ่ายทอดแนวทางไปยังจังหวัด / กทม. 2. สนับสนุนการพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงานการสอบสวนโรคฯ ในพื้นที่รับผิดชอบ 3. สนับสนุนชุดสื่อและแนวทางให้ความรู้ 7 กลุ่มเป้าหมาย ภายใต้ พ.ร.บ.ให้กับจังหวัด/กทม.	ระดับ สคร./สปคม. 1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based 2. สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการดำเนินการแก่จังหวัดตามมาตรการสำคัญทั้ง 3 ข้อตามที่ระบุไว้ในนิยาม	ระดับ สคร./สปคม. 1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based 2. ร่วมสนับสนุนการประเมินผลการรับรู้ฯ พ.ร.บ.ฯ ในกลุ่มเป้าหมาย	ระดับ สคร./สปคม. 1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based 2. สรุปผลการดำเนินงานในภาพเขต รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ระดับจังหวัด/กทม. 1. จัดทำสถานการณ์ด้านโรคฯ และกำหนดมาตรการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ 2. จัดทำแผนการพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด 3. สื่อสารประชาสัมพันธ์สื่อให้ความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มผ่านช่องทางต่าง ๆ	ระดับจังหวัด/กทม. 1. พัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด (มีกระบวนการและผู้รับผิดชอบชัดเจน) 2. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์ จากระบบ Event based 3. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวังฯ ผ่านกลไกคณะกรรมการฯ จังหวัด/กทม. 4. ติดตามการสื่อสารฯ การรับรู้ และความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มภายใต้ พ.ร.บ.ฯ	ระดับจังหวัด 1. ซ้อมแผน ตามระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด และส่งรายงานการซ้อมแผนไปยัง สคร./สปคม. 2. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์มีการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ตามระบบที่วางไว้ 3. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์ จากระบบ Event based 4. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวังฯ ผ่านกลไกคณะกรรมการฯ จังหวัด/กทม. 5. ประเมินการรับรู้ฯ ในกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มภายใต้ พ.ร.บ.ฯ และการนำไปปฏิบัติอย่างน้อย 1 กลุ่ม	ระดับจังหวัด 1. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์มีการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ตามระบบที่วางไว้ 2. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์ จากระบบ Event based 3. สรุปผลการดำเนินงาน รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ไปยัง สคร./ สปคม.								
วิธีการประเมินผล :	1. สคร./สปคม. รวบรวมผลการดำเนินงานของจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ และจัดทำสรุปในภาพเขต 2. ส่วนกลางวิเคราะห์และจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานในภาพของประเทศ										
เอกสารสนับสนุน :	1. พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดตาม Link : https://ddc.moph.go.th/law.php?law=5 2. โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด https://eventbased-doe.moph.go.th/eventbase/user/login/ 3. ระบบแจ้งข่าวการระบาด สำหรับจังหวัด https://eventbased-doe.moph.go.th/eventbase_prov/user/login/										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. <table><tr><td>2564</td><td>2565</td><td>2566</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>			2564	2565	2566	-	-	-
2564	2565	2566									
-	-	-									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรสาร : 0 2590 3866 นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : untimanon@gmail.com										

	2. นายสาธิต นามวิชา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านกฎหมาย) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 09 2473 5914 โทรสาร : 0 2590 3866 E-mail : satit1974@gmail.com 3. นายโกวิท บัญมีพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านข้อมูล) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3864 โทรศัพท์มือถือ : 08 4665 7158 โทรสาร : 0 2590 3864 E-mail : kwbp72@gmail.com 4. นางสาวศิริพร พรพิรุณโรจน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสื่อสาร) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 06 3932 4654 โทรสาร : 0 2590 3866 E-mail : hybridbhyb@gmail.com กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุธาทิพย์ บุณยสถิตนนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านข้อมูล) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 08 1398 5013 โทรสาร 0 2590 3866 E mail : sutatip-bu@gmail.com 2. นางจตุพร บุนนาค นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ด้านกฎหมาย) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 09 7301 6873 โทรสาร 0 2590 3866 E mail : jatuporntaeng@gmail.com 3. นางสาวพิชญชฎาภาณ์ อุดมรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ด้านสื่อสาร) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 09 4696 7474 โทรสาร 0 2590 3866 E mail : geejiw191466@gmail.com กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	13. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต			
คำนิยาม	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ) ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการรายย่อยในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ ดังนี้ 1. วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน หรือเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 2. วิสาหกิจรายย่อย และวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562 3. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ. โรงงาน พ.ศ. 2562 ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ จนสามารถได้รับการอนุญาตใหม่ ร้อยละ 90 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม ต่อเขตสุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาต โดยมีเป้าหมายร้อยละ 90 ต่อเขตสุขภาพ			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 90 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม ต่อเขตสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม ต่อเขตสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม ต่อเขตสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม ต่อเขตสุขภาพ
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	อย. นำผลพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพจากส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคเข้าระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาตทั่วประเทศ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมตามแผนรวมทั้งประเทศ			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	3, 6, 9 และ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	จำนวน 100 รายการ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 75	ร้อยละ 90	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย และ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม	ร้อยละ	N/A	N/A	88.51*
หมายเหตุ *นับรวมตั้งแต่ 1 ต.ค. 2565 - 25 ส.ค. 2566					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง				
	1.1 ผลิตภัณฑ์อาหาร				
	นางสาวอรสา จวรกุล				

	2. ว่าที่ ร.อ. รติพงษ์ นิรัตติยกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7397-8 โทรสาร : 0 2591 8484 กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น	เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 06 1991 4687 E-mail : ratipong@fda.moph.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุดมลักษณ์ มะกรุดินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7269 โทรสาร : - กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 1154 9465 E-mail : udomlak@fda.moph.go.th

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ								
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	14. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด								
คำนิยาม	สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ตามนิยามของพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้ 1. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ และมีการขายของในตลาด 2. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ 3. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น โดยเกณฑ์มาตรฐานที่ดำเนินการได้ ดังนี้ (1) เกณฑ์มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 หรือ (2) เกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน หรือ (3) เกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste Plus) ระดับดีมาก หรือ (4) เกณฑ์การรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร หมายถึง สถานที่ประกอบการอาหารที่จะได้รับป้ายรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานครจะต้องเป็นสถานประกอบการอาหารที่ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร 4 องค์ประกอบหลัก 1. ด้านสุขลักษณะทางกายภาพ อาคารสถานที่ (Place) 2. ด้านคุณภาพอาหาร (Food) 3. ด้านบุคลากร ผู้สัมผัสอาหาร (Food Handler) 4. ด้านการบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Service)								
เกณฑ์เป้าหมาย : ค่าเป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567 สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด ร้อยละ 40 (ขอกำหนดค่าเป้าหมายตามประเด็นขาดแคลน) <table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 35</td><td>ร้อยละ 40</td><td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 70</td></tr></table> หมายเหตุ: ค่าเป้าหมายตามกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70						
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ มีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน สะอาด ปลอดภัยให้บริการในพื้นที่ท่องเที่ยวแก่ผู้ใช้บริการ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	77 จังหวัด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กรุงเทพมหานคร/ ศูนย์อนามัย/								

	สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง/หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง จัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดและรายงานผลการดำเนินงานตามค่าเป้าหมาย ในระบบ Foodhandler : https://foodhandler.anamai.moph.go.th หรือ BKK Foodsafety ทุกเดือน			
แหล่งข้อมูล	ศูนย์อนามัย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A*100)/B			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลรอบ 6, 9, 12 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-ชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนตัวชี้วัด - วางแผนการดำเนินงานในพื้นที่	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 20	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 30	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 40	
วิธีการประเมินผล :	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัย/สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง/ ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดในระบบ Foodhandler : https://foodhandler.anamai.moph.go.th หรือ BKK Foodsafety ทุกเดือน 2. ศูนย์อนามัย/สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง 2.1 วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่ที่รับผิดชอบ 2.2 สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายไตรมาส (รอบ 3, 6, 9, 12) เพื่อกระตุ้นการดำเนินงานให้เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนด 2.3 ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/กรุงเทพมหานคร 2.4 จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต รวมทั้งสุ่มประเมินฯ เชิงคุณภาพในพื้นที่ 3. กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายสุ่มประเมินเชิงคุณภาพฯ ในระดับเขต/พื้นที่ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ			
เอกสารสนับสนุน :	1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2. คู่มือ วิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ 3. กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 4. คู่มือ การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 5. คู่มือ มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 6. คู่มือ การดำเนินการของหน่วยงานจัดอบรมตามประกาศอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร 7. คู่มือ หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร			

	8. ระบบสารสนเทศสุขาภิบาลอาหาร ระบบ Foodhandler : https://foodhandler.anamai.moph.go.th				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ	-	380*	48.41 (จากร้อยละ 30) ข้อมูล 5ก.ย.66
หมายเหตุ: *สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดีมาก (Clean Food Good Taste Plus) ภายใต้ตัวชี้วัดจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ ปีงบประมาณ 2565					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ 1. นางสาวอารยา วงศ์ป้อม				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัด	15. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนานามยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)	
	หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
		6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน และทรัพยากร	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
	หมวด E: Environment การ จัดการสิ่งแวดล้อมใน	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย

	โรงพยาบาล	รวมทั้งผู้มารับบริการ
		9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุปโภคบริโภค และการ ดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
		11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล
		12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
		13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)	
	หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
	ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน	
	1. การจัดการอาหารชีวนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 2. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การจัดการของเสียทางการแพทย์ (Medical Waste Management)	

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 70 - ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 80 - ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ 40 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 20	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 - ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ 50 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขมีการพัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย 3. ศูนย์อนามัยสุ่มประเมินโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลรวมถึงอนุมัติผลการประเมินยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital มายังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป		
ระยะเวลาประเมินผล	- รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง (ทุกวันที่ 25 ของเดือน) - รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ 3, 9, 6 และ 12 เดือน		

เกณฑ์การประเมิน :																																
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน																												
รอบ 12 เดือน																																
ทุกเขตสุขภาพมีแผน ในการขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)		โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 48		โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 57																												
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60																																
วิธีการประเมินผล :		1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge 3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส																														
เอกสารสนับสนุน :		1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge 2. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health) 4. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล 5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล 6. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 7. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน 8. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)																														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <th>2564</th><th>2565</th><th>2566*</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับมาตรฐาน</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>3.85</td><td>21.77</td></tr> <tr> <td>ระดับดีเยี่ยม</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>3.75</td><td>13.44</td></tr> <tr> <td>ระดับท้าทาย</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>2.40</td><td>10.00</td></tr> <tr> <td>ระดับมาตรฐานขึ้นไป</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>10.00</td><td>45.21</td></tr> </tbody> </table> หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 26 สิงหาคม 2566*			Baseline data โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566*	ระดับมาตรฐาน	ร้อยละ	-	3.85	21.77	ระดับดีเยี่ยม	ร้อยละ	-	3.75	13.44	ระดับท้าทาย	ร้อยละ	-	2.40	10.00	ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	10.00	45.21
Baseline data โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																														
		2564	2565	2566*																												
ระดับมาตรฐาน	ร้อยละ	-	3.85	21.77																												
ระดับดีเยี่ยม	ร้อยละ	-	3.75	13.44																												
ระดับท้าทาย	ร้อยละ	-	2.40	10.00																												
ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	10.00	45.21																												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางสาวปริญญ์ ใหม่เจริญศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904200 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th																														

	2. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904200 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวปริญญ์ ใหม่เจริญศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904946 2. นายปรามทย์ เสพสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904946 3. นางสาวอรุณี คำจันทร์วงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904255 โทรสาร : 02-5904946 4. นางสาวกมนชนก บุญสิทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904461 โทรสาร : 02-5904321 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pramote.s@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : arunee.k@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : kamonchanok.boonsit@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	16. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
คำนิยาม	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ (6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

	ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย 1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ตามคู่มือ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (Cross Audit) 2. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม 3. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน 4. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	2,750 หน่วย	3,100 หน่วย	3,500 หน่วย	4,000 หน่วย
เหตุผลความจำเป็นในการปรับลดค่าเป้าหมายตัวชี้วัด					
การขับเคลื่อนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ไม่สามารถดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ เนื่องจากประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 19 ตุลาคม 2564 และจะมีผลบังคับใช้ ตุลาคม 2565 จากสถานการณ์ดังกล่าว นับเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า รพ.สต./สอ.น. ที่ถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 3,263 หน่วย ทำให้คุณสมบัติที่จะคงสภาพเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด เช่น การขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ถ่ายโอน รพ.สต. แต่ เจ้าหน้าที่ไม่ถ่ายโอนไป ทำให้ขาดบุคลากรในส่วนที่เป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ประกอบกับการประเมินคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีบุคลากรตามที่กฎหมายกำหนด จำนวน 1,579 หน่วย ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้ปรับลดค่าเป้าหมายลง					
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบขึ้นทะเบียน - การจัดเก็บการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS Health/PCU)				
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS Health/PCU)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ				

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน จากระบบทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS Health/PCU)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ฐานตั้งต้น 2567 = A – B C = (A – B) + ทีมใหม่ที่ตั้งในปี 67				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	2,500 หน่วย	2,600 หน่วย	2,700 หน่วย	2,750 หน่วย	
วิธีการประเมินผล :	จากระบบขึ้นทะเบียน และส่งลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบขึ้นทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	2,512	3,191	3,702
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อภิสิทธิ์ บุญประดับ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรสาร : 0-2590-1938				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.ยุวพร จิระวงศ์ประภา รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : 082-965-4156 โทรสาร : 0-2590-1938 2. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : 081-876-7559 โทรสาร : 0-2590-1938 E-mail : jchanphet@gmail.com				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	17. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน											
คำนิยาม	ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยมีหลายหมู่บ้านรวมกัน ตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2547 ชุมชนเป้าหมาย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพฯ ซึ่งกำหนดเป้าหมายการดำเนินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 4,000 ตำบล การจัดการสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ด้วยกระบวนการ TPAP ประกอบด้วย สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน (Team) . มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ขับเคลื่อนผ่านทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ทีมเครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ทีมภาคีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย รพ.สต. อบต. โรงเรียน แกนนำสุขภาพ (อสม./ยุวอสม.) และเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90									
เกณฑ์การประเมินชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพ : ตำบลมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามกระบวนการ TPAP โดยมีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ระดับพัฒนาขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ในตำบล												
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กำหนดเป้าหมายดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 4,000 ตำบล											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ จากระบบ Health Gate											
แหล่งข้อมูล	ระบบการประเมินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย 4,000 ตำบล											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100											
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส											

เกณฑ์การประเมิน :																	
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน													
- แผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ - แนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ - ทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัด จำนวน 76 ทีม		- ทีมเครือข่ายแกนนำสุขภาพระดับตำบล - ส่งเสริม สนับสนุน ให้ชุมชนเป้าหมาย มีการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพในพื้นที่		ชุมชนจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70													
				ชุมชนจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80													
วิธีการประเมินผล :		ประเมินโดยการใช้แบบประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate															
เอกสารสนับสนุน :		1. แนวทางการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 2. หลักสูตรการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน 3. ฐานข้อมูลจากระบบการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>18.98 (1,377ตำบลจากฐานตำบลทั้งหมด 7,255 ตำบล)</td></tr> </tbody> </table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ	-	-	18.98 (1,377ตำบลจากฐานตำบลทั้งหมด 7,255 ตำบล)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2564	2565	2566													
ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ	-	-	18.98 (1,377ตำบลจากฐานตำบลทั้งหมด 7,255 ตำบล)													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา 02-1495680 ต่อ 18726 โทรสาร :02 149 5650 2. นางรุ่งกานจณี รณหงษา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18709 โทรสาร :02 149 5650 โทรศัพท์มือถือ: 085 484 8618 อีเมล : rungkarn21@gmail.com กลุ่มแผนงานและประเมินผล กองสุขศึกษา 3. นางสาวธัญชนก ชุมทอง ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18707 โทรสาร :02 149 5650 โทรศัพท์มือถือ: 084 659 1624 E-mail : Thanchnok@gmail.com กลุ่มพัฒนาวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา กองสุขศึกษา															
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		1.นางสาวสันติณี ชุ่มเมืองปัก ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18605 โทรสาร :02 149 5651 โทรศัพท์มือถือ: 098 745 7579 อีเมล : planhss.hss@gmail.com งานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ กลุ่มแผนงาน 2.นางสาวธิดารัตน์ แวงวรรณ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18827 โทรสาร :02 149 5651 โทรศัพท์มือถือ: 096 559 7926 อีเมล : planhss.hss@gmail.com															

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา 02-1495680 ต่อ 18726 โทรสาร :02 149 5650
	2.นางรุ่งกาญจน์ รณหงษา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18709 โทรสาร :02 149 5650
	โทรศัพท์มือถือ: 085 484 8618 อีเมล : rungkarn21@gmail.com
	กลุ่มแผนงานและประเมินผล กองสุขศึกษา

เป้าหมายการดำเนินงาน ปี2567 : ขับเคลื่อนชุมชนจัดการสุขภาพ

เขต	จังหวัด	เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและชุมชนจัดการสุขภาพ			ส่งเสริมการพัฒนา มาตรฐานงานสุขศึกษา เชื่อมต่อชุมชน (รพสต.)
		1 : จำนวนตำบล ทั้งหมด	2 : จำนวนชุมชน เป้าหมายการดำเนินงาน*	3 : จำนวนชุมชนจัดการ สุขภาพ (ร้อยละ 80)**	
1	8	769	423	338	1,100
2	5	426	234	187	622
3	5	420	231	185	582
4	8	713	393	314	797
5	8	635	359	287	910
6	8	531	293	234	776
7	4	660	362	290	808
8	7	644	354	283	874
9	4	761	418	334	953
10	5	613	337	270	838
11	7	518	285	228	714
12	7	565	311	249	800
รวม	76	7255	4,000	3,200	9,774

หมายเหตุ : *จำนวนชุมชนเป้าหมายการดำเนินงาน ~ ร้อยละ 55 ของตำบลทั้งหมด (1)

**จำนวนชุมชนจัดการสุขภาพ (ร้อยละ 80) ของชุมชนเป้าหมายการดำเนินงานทั้งหมด (2)

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	18. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit 18.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) 18.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit			
คำนิยามตัวชี้วัด 18.1	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (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)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68		ปีงบประมาณ 69
น้อยกว่าร้อยละ 7		น้อยกว่าร้อยละ 7		น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13			
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
-		น้อยกว่าร้อยละ 7		น้อยกว่าร้อยละ 7
วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13 (รายงาน ตก.2)			
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	ร้อยละ	8.49	8.88	7.64
หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 13					
ค่านิยามตัวชี้วัดย่อย 18.2	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) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68		ปีงบประมาณ 69	
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13				
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit				
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	
วิธีการประเมินผล :	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13				
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	ร้อยละ	73.90	72.32	73.02 (9 เดือน)
หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 12					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 08 1843 4502 โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: suchathanc@yahoo.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 2. นางจุฑามรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 08 7114 9480 โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจุฑามรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 08 7114 9480 โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: Evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์				

ภาคผนวก : Small Success การดำเนินงานอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมองจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ 2. มีการนำ Care map for Hemorrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit	1. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที $\geq 65\%$ 2. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit $\geq 70\%$ 3. โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 4. อบรม Stroke: Basic course	1. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) $< 25\%$ 2. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke: I63) $< 5\%$ 3. จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke Fast Track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างรพ. ในเครือข่ายวิชาการ 5. อบรม Stroke: Advance course 6. อบรม Stroke: Manager course	1. อัตราตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69) $< 7\%$ 2. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60 – I62) $< 25\%$ 3. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke: I63) $< 5\%$ 4. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที $\geq 70\%$ 5. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq 75\%$ 6. มีการรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	19. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษากรบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค 3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) 4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2022) 5. กลุ่มเป้าหมาย 5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้น

ทะเบียนในปิงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

6. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

6.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ

6.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต

7. เงื่อนไขการคำนวณ

7.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ **ไม่นับรวม**

7.1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) และลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีวินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)

7.1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

7.2 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล

7.2.1 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13

7.2.2 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1- 13

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	88	88	88	88

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ยื่นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP (National Tuberculosis Information Program : NTIP)										
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย(National Tuberculosis Information Program :NTIP)										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566)										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100										
ระยะเวลาประเมินผล	- ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2567) - ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :											
	<table><tr><td></td><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td><td>1. วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหา อุปสรรค 2. จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัดค้นหา รักษา และพัฒนาระบบการส่ง ติดตามผลการรักษา</td><td>กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 6 เดือน</td><td>กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 9 เดือน</td><td>ร้อยละ 88</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	1. วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหา อุปสรรค 2. จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัดค้นหา รักษา และพัฒนาระบบการส่ง ติดตามผลการรักษา	กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 6 เดือน	กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 9 เดือน	ร้อยละ 88
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	1. วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหา อุปสรรค 2. จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัดค้นหา รักษา และพัฒนาระบบการส่ง ติดตามผลการรักษา	กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 6 เดือน	กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 9 เดือน	ร้อยละ 88							

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กรมควบคุมโรค กองวินโรค นางสาวภัทรากาญจน์ วิธาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายจิรวัฒน์ วรสิงห์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : jivbtb@gmail.com 2. นางสาวภัทรากาญจน์ วิธาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com 3. นางสาวยามีหระ สายเส้น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 099 219 3925 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : meera.sasuk@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	20. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษากรบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค 3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) 4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2022) 5. กลุ่มเป้าหมาย 5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้น

ทะเบียนในปิงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

6. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

6.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ

6.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต

7. เงื่อนไขการคำนวณ

7.1การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ **ไม่นับรวม**

7.1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+)และลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)

7.1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือExtensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่นับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

7.2 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล

7.2.1 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจาก กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13

7.2.2. พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1- 13

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	85	85	85
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค			

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่เกิดขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP (National Tuberculosis Information Program : NTIP)		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย(National Tuberculosis Information Program :NTIP)		
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)		
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดจากอัตรา 143 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2022		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 21.2	(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	- ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2567) - ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. วิเคราะห์สถานการณ์ขนาดและความรุนแรงของ 2. ปัญหากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค 2. จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัดค้นหา รักษา และพัฒนาระบบการส่งติดตามผลการรักษา	กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 6 เดือน	กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 9 เดือน	ร้อยละ 85
วิธีการประเมินผล :	1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด		

ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นายจิรวัฒน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 E-mail : jivbtb@gmail.com
	2. นางสาวภัทรากาญจน์ วิธาทานัง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 E-mail : pattarakan1988@gmail.com
	3. นางสาวยามีhra สายเส้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 099 219 3925 E-mail : meera.sasuk@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	3. โครงการป้องกันและควบคุมการติดยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
ชื่อตัวชี้วัด	21. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด
คำนิยาม	การขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือเรียกว่า RDU province เป็นการพัฒนาระบบยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้วยกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (six building block plus) โดยรูปแบบการดำเนินการสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่การแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายคือ การมีชุมชนสุขภาพดี การมีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชาชนทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น และประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งเป็นการนำมติคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้การพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแก้ปัญหาในชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย 1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก และความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้อาในการดูแลสุขภาพตนเองตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์ 3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย 4. จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง หมายถึง จังหวัด หรือพื้นที่ทางการปกครองใด ๆ ตามกฎหมาย ที่มีอำเภอหรือเขตที่เป็นไปตามเกณฑ์ “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU district) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอ/เขตทั้งหมด 5. อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน โดยการพัฒนาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) (2) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in Private)

คำนิยาม	Health Sectors) และ (3) การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community, Non Health Sectors) เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชาชน รวมถึงการใช้ยาในสัตว์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย			
เกณฑ์เป้าหมาย : ประเมินจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 – 12 และกรุงเทพมหานคร				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจังหวัดทั้งหมด (38 จังหวัด)	อย่างน้อยร้อยละ 70 ของจังหวัดทั้งหมด (54 จังหวัด)	อย่างน้อยร้อยละ 80 ของจังหวัดทั้งหมด (62 จังหวัด)	อย่างน้อยร้อยละ 85 ของจังหวัดทั้งหมด (66 จังหวัด)
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับจังหวัดและอำเภอ หรือเขตในกรุงเทพมหานคร			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลที่เทียบเท่า หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เทียบเท่าในกรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัด กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 13 รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของหน่วยงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 ตามแนวทางที่กำหนด			
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพที่ 1-12 หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล และ/ หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส โดยเริ่มประเมินไตรมาสที่ 2 และคำนวณตามเกณฑ์เป้าหมาย เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ			
เกณฑ์การประเมิน : แบ่งเป็น 2 แนวทาง ตามเขตสุขภาพ				
1. เขตสุขภาพที่ 1-12				
แต่ละจังหวัดผ่านตามเกณฑ์ประเมินอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด ทั้งนี้ให้ครอบคลุมทั้งเขตเมือง (เขตเทศบาล) และเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล) ¹ ตามความเหมาะสม โดยให้มีผลดำเนินการเป็นไปตามเกณฑ์ใน 3 ส่วน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้				

¹ ใช้คำนิยามเขตเมืองและเขตชนบทของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (<http://statstd.nso.go.th/download.aspx>)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จังหวัดชี้แจงทำความเข้าใจต่อผู้เกี่ยวข้องในแนวทางแต่ละส่วน 2. จังหวัดประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนา RDU community ในทุกอำเภอ และตั้งเป้าหมายการพัฒนาปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นระดับดีขึ้น	อย่างน้อย 19 จังหวัด (ร้อยละ 25)	อย่างน้อย 28 จังหวัด (ร้อยละ 37)	1. อย่างน้อย 38 จังหวัด (ร้อยละ 50) 2. จังหวัดมีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนา RDU community ระดับดีขึ้น ในอำเภอเป้าหมาย
ส่วนที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 แก่ RDU doctor และ RDU coordinator ในแต่ละอำเภอ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชี้แจงแนวทางดำเนินงานและวางแผนร่วมกับสถานบริการสุขภาพแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนต่อไปนี้เป็นไปตามเกณฑ์ RDU เป้าหมาย* ใน - รพ.รัฐ สป.สธ. - รพ.สต. สป.สธ. - โรงพยาบาลเอกชน - คลินิกเอกชน - ร้านยา - ร้านชำ (ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย)	สถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนต่อไปนี้เป็นไปตามเกณฑ์ RDU เป้าหมาย* ใน - รพ.รัฐ สป.สธ. - รพ.สต. สป.สธ. - โรงพยาบาลเอกชน - คลินิกเอกชน - ร้านยา - ร้านชำ (ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย)	สถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนต่อไปนี้เป็นไปตามเกณฑ์ RDU เป้าหมาย* ใน - รพ.รัฐ สป.สธ. - รพ.สต. สป.สธ. - โรงพยาบาลเอกชน - คลินิกเอกชน - ร้านยา - ร้านชำ (ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย)
ส่วนที่ 2 ความปลอดภัยจากการใช้ยา			
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชี้แจงและทำความเข้าใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาลแก่ผู้เกี่ยวข้อง 2. โรงพยาบาลวางระบบกลไกตามแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาลระหว่างสหวิชาชีพ โดยทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team)	อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (serious preventable adverse events) ตาม trigger ที่กำหนด (ค่า baseline)	อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (serious preventable adverse events) ตาม trigger ที่กำหนด	อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (serious preventable adverse events) ตาม trigger ที่กำหนด

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
ส่วนกลางชี้แจงแนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และอำเภอ เป้าหมาย	แต่ละจังหวัดดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอ เป้าหมาย	แต่ละจังหวัดดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอ เป้าหมาย	ผลการประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU literacy) ของประชาชนในอำเภอเป้าหมาย

หมายเหตุ *รายละเอียดเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินผลดังกล่าว แต่ละจังหวัดสามารถศึกษาได้จากตามเอกสารสนับสนุนหมายเลข 8 ซึ่งเป็นแนวทางพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งมีแนวทางพัฒนาทั้งส่วนสถานบริการสุขภาพ แหล่งกระจายยาในชุมชน รายละเอียดข้อมูลตัวชี้วัด และระบบรายงานข้อมูล รวมถึงแนวทางดำเนินงาน RDU community ซึ่งแต่ละจังหวัดควรผ่านระดับดีขึ้นไป

2. เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร)

สถานบริการสุขภาพของแต่ละสังกัด ได้แก่ กรมการแพทย์ โรงพยาบาล/ ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย โดยสถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัด มีการพัฒนาและผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการส่งใช้ยาที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 65 ดังต่อไปนี้

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งใช้ยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 50	สถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งใช้ยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 55	สถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งใช้ยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 60	สถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งใช้ยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 65

วิธีการประเมินผล :	เขตสุขภาพที่ 1-12 โรงพยาบาลรัฐ สังกัด สป.สธ. และ รพ.สต. ส่งข้อมูล - ตัวชี้วัดการส่งใช้ยาของโรงพยาบาล รายงานในระบบ HDC - รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตาม trigger ที่กำหนด และรายงานในระบบรายงานของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน รายงานในระบบรายงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - ติดตาม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ร้านยาและร้านชำ ผ่านระบบการรายงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดที่กำหนด - ประเมินตนเองตามแนวทางพัฒนา RDU ภาพรวมจังหวัดสู่โปรแกรมที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบเภสัชกรรม (Chief pharmacy officer (CPO)) ระดับเขต หรือคณะกรรมการอื่นที่เกี่ยวข้องกำกับติดตาม เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) สถานบริการสุขภาพในสังกัดกรมการแพทย์ และ กทม. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบที่คณะกรรมการ service plan เขตสุขภาพที่ 13 ร่วมกันกำหนด และรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพตาม trigger ที่กำหนดในระบบรายงานของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (HPVC)
---------------------------	---

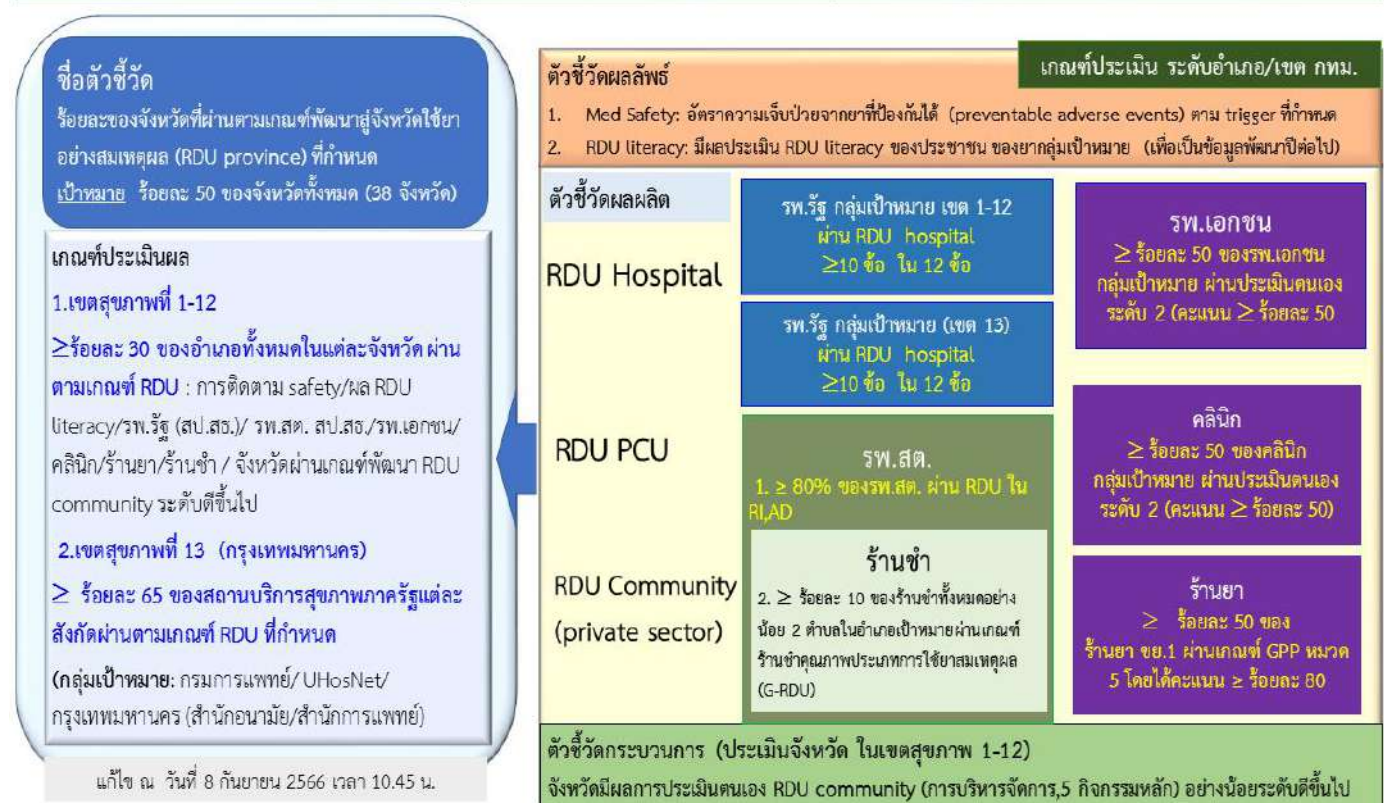
	ส่วนกลาง โดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประสานและประมวลข้อมูล เพื่อจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ และคืนกลับข้อมูลให้พื้นที่ในลักษณะ dashboard ในเว็บไซต์ National drug information (NDI) (https://ndi.fda.moph.go.th/)				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กองบริหารการสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/Manual_Service%20Plan%20RDU_Sept2016.pdf) 2. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/67) 3. แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8302) 4. แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (http://bit.ly/44vouVY) 5. แนวทางการดำเนินการของร้านยา ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 (https://drug.fda.moph.go.th/media.php?id=514480132119994368&name=Law03-24-01.pdf) 6. แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/69) 7. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 12.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (https://www.samatcha.org/site/resolution/d5550140-ac9b-40ef-a382-ae0da254c85f/detail) 8. แนวทางการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (อยู่ระหว่างปรับปรุงใหม่)(https://drive.google.com/file/d/1FMsrZumQV0Jr0UuG-pwBynsP3jeiRv0h/view?usp=sharing)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ร้อยละ จังหวัด ที่ขับเคลื่อน การพัฒนาสู่ จังหวัดใช้ยา สมเหตุผล (RDU province)	ร้อยละ	-	ร้อยละ 72.37 ของจังหวัดทั้งหมด (55 จังหวัด) (เกณฑ์ประเมิน อย่างน้อย 1 อำเภอ รพ.สป.สร./รพ.สต./ร้านชำ ผ่านตาม เกณฑ์)	ร้อยละ 84.21 ของจังหวัดทั้งหมด (64 จังหวัด) (เกณฑ์ประเมิน เขต 1-12 อย่างน้อย ร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมดใน จังหวัด (รพ.สป.สร./ รพ.สต./ร้านชำ) ผ่านตามเกณฑ์ เขต 13 สถานพยาบาลแต่ละ สังกัด ร้อยละ 60 ผ่านตาม เกณฑ์ที่กำหนด)

	3.3 นางประไพ ตรีกาลนธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (คลินิกเอกชน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7000 ต่อ 18407 โทรศัพท์มือถือ : 06 4459 6563 โทรสาร : 0 2149 5631 E-mail : cilnichss@gmail.com 3.4 นางฉัตรประภา แก่นพรม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (คลินิกเอกชน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7000 ต่อ 18407 โทรศัพท์มือถือ : 08 4778 4782 โทรสาร : 0 2149 5631 E-mail : cilnichss@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	ภญ.นุชรินทร์ โตมาหา เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155 โทรศัพท์มือถือ : 06 1731 7779 โทรสาร : 0 2590 7341 E-mail : nuchy408@gmail.com กองนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เอกสารแนบท้าย

สรุปภาพรวมการประเมินการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัดการพัฒนาสู่ “จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล” ปีงบประมาณ 2567



หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)													
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)													
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล													
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาล/จังหวัด/เขต/ประเทศ													
ชื่อตัวชี้วัด	22. อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด													
คำนิยาม	อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (bacteremia) ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture 100,000 ราย (per 100,000 tested patients) โดย focus เชื้อดื้อยาที่เป็น hospital origin ดังต่อไปนี้ 1. <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา carbapenem (CRAB) 2. <i>Klebsiella pneumoniae</i> ดื้อต่อยา carbapenem (CRKP) 3. <i>Escherichia coli</i> ดื้อต่อยา carbapenem (CREC) hospital origin หมายถึง การติดเชื้อภายหลังจากเข้านอนในโรงพยาบาลมากกว่า 2 วันปฏิทิน													
เกณฑ์เป้าหมาย :														
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70										
	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทั้ง 3 รายการของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 65	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทั้ง 3 รายการของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 66	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทั้ง 3 รายการของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 67	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทั้ง 3 รายการของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 68										
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป A, S, M1 (หรือ SAP; P ⁺ , P, A ⁺ , A ที่มีห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา)													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข													
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป													
รายการข้อมูล 1	A1 = อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา CRAB ในกระแสเลือด (สูตร A1 = จำนวนผู้ป่วย CRAB x 100,000 / จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture) A2 = อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา CRKP ในกระแสเลือด (สูตร A2 = จำนวนผู้ป่วย CRKP x 100,000 / จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture) A3 = อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา CREC ในกระแสเลือด (สูตร A3 = จำนวนผู้ป่วย CREC x 100,000 / จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture) A = A1 + A2 + A3													
รายการข้อมูล 2	B = อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CRAB, CRKP, CREC ในกระแสเลือด ปีปฏิทิน พ.ศ. 2565 (baseline แบ่งตามระดับระดับโรงพยาบาล) <table><tr><td>ระดับ รพ.</td><td>อุบัติการณ์ ปีปฏิทิน 65</td></tr><tr><td>ระดับ A</td><td>6,999</td></tr><tr><td>ระดับ S</td><td>4,726</td></tr><tr><td>ระดับ M1</td><td>2,505</td></tr><tr><td>เฉลี่ยรวม*</td><td>5,917</td></tr></table>				ระดับ รพ.	อุบัติการณ์ ปีปฏิทิน 65	ระดับ A	6,999	ระดับ S	4,726	ระดับ M1	2,505	เฉลี่ยรวม*	5,917
ระดับ รพ.	อุบัติการณ์ ปีปฏิทิน 65													
ระดับ A	6,999													
ระดับ S	4,726													
ระดับ M1	2,505													
เฉลี่ยรวม*	5,917													
* ข้อมูลของ รพ. 112 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด 127 แห่ง														

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A < B อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ A.baumannii, K. pneumoniae, E.coli ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลในรอบที่วัดผล ต้องต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันของปีปฏิทิน 2565 (baseline)																																												
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน) ตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 66 เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65) ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 67 เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65)																																												
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567																																													
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																									
		อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทั้ง 3 รายการของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 66 (ม.ค.-ธ.ค. 66) เทียบกับbaseline ปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65)		อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทั้ง 3 รายการของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 67 (ม.ค.-มิ.ย.67) เทียบกับbaseline ปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65)																																									
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล																																												
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล																																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td colspan="5">วัดผลตามแผน AMR ประเทศไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-64)</td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วย bacteremia ที่ติดเชื้อดื้อยา 8 ชนิด</td><td>ร้อยละ</td><td>ร้อยละ 38.70 (ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค.63)</td><td>ร้อยละ 39.14 (ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค.64)</td><td colspan="2">ร้อยละ 39.35 (ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 65)</td></tr><tr><td colspan="5">วัดผลตามแผน AMR ประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2566-70)</td></tr><tr><td>อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ CRAB</td><td rowspan="3">ต่อ 100,000 ราย ที่ได้รับการตรวจ hemoculture</td><td>-</td><td>-</td><td colspan="2">3,563</td></tr><tr><td>อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP</td><td>-</td><td>-</td><td colspan="2">1,068</td></tr><tr><td>อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ CREC</td><td>-</td><td>-</td><td colspan="2">188</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	วัดผลตามแผน AMR ประเทศไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-64)					ร้อยละของผู้ป่วย bacteremia ที่ติดเชื้อดื้อยา 8 ชนิด	ร้อยละ	ร้อยละ 38.70 (ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค.63)	ร้อยละ 39.14 (ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค.64)	ร้อยละ 39.35 (ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 65)		วัดผลตามแผน AMR ประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2566-70)					อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ CRAB	ต่อ 100,000 ราย ที่ได้รับการตรวจ hemoculture	-	-	3,563		อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP	-	-	1,068		อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ CREC	-	-	188	
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																											
		2563	2564	2565																																									
วัดผลตามแผน AMR ประเทศไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-64)																																													
ร้อยละของผู้ป่วย bacteremia ที่ติดเชื้อดื้อยา 8 ชนิด	ร้อยละ	ร้อยละ 38.70 (ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค.63)	ร้อยละ 39.14 (ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค.64)	ร้อยละ 39.35 (ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 65)																																									
วัดผลตามแผน AMR ประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2566-70)																																													
อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ CRAB	ต่อ 100,000 ราย ที่ได้รับการตรวจ hemoculture	-	-	3,563																																									
อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP		-	-	1,068																																									
อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ CREC		-	-	188																																									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ภญ.ปณิดา ชมะวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรสาร : 0 2590 1634 กองบริหารการสาธารณสุข เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9613 3562 E-mail : gyaijaa@gmail.com																																												
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางกฤษฎิยา ท้วมสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรสาร : 0 2590 1634 กองบริหารการสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 06 4924 2663 E-mail : knoiiprapai@gmail.com																																												
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ภญ.ปณิดา ชมะวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรสาร : 0 2590 1634 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9613 3562 E-mail : gyaijaa@gmail.com																																												

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	23. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมามีน้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	
วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขตสุขภาพ 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข 3. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	7.00	1,000 ทารก เกิดมีชีพ	4.71	4.43	5.39
หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ					

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.จิรพรรณ อารยะพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038 931 000 โทรศัพท์มือถือ : 081 271 1072 โรงพยาบาลชลบุรี 2. นพ.อดิศักดิ์ ภัตตาตั้ง ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 09 1818 8585 3. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th 2. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	24. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ให้แก่ผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย (ICD-10 Z51.5) ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้ 1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim บันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 และส่งข้อมูลเข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า 2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้ 2.1. โรงพยาบาลระดับ A/S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4 คน โรงพยาบาลระดับ M/F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full-time(M1)/part time(M2,F) อย่างน้อย 1 คน 2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน fulltime/part time อย่างน้อย 1 คน 2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน และมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลตามบริบท 2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว 3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้ 3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 3.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/

	ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03 3.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 3.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7) 3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1 3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 3.1-3.7 หรือภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง 3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย 4. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอย่างอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย 5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน และบันทึก รหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) * เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด 6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกผลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาดตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคตามกลุ่มโรคที่กำหนด เข้าเกณฑ์การดูแลประคับประคอง/

	ระยะท้าย และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับ อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน								
แหล่งข้อมูล	Health data center https://hdcservice.moph.go.th รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 รวมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70						
วิธีการประเมินผล :	1. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ 2. การติดตามผ่านอนุกรรมการระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข 3. การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเขตสุขภาพ และจังหวัด 4. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สรพ disease specific certification / provincial network certification								
เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พศ.2565. https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ACP_Pages.pdf 2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์								



3. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองของ
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
([http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrug
system2561_edited030562.pdf](http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrug
system2561_edited030562.pdf))
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) :
Palliative Care Version 1.2016
ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf
5. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical
nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558 ที่
<https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/011518-1453-9113.pdf>
6. A Guide to Children's Palliative Care (Fourth Edition). International
Children's Palliative Care Network and the Royal College of Paediatrics and
Child Health (RPCH), 2018.ที่ [https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-
content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children's-Palliative-Care-Fourth-
Edition-5.pdf](https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-
content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children's-Palliative-Care-Fourth-
Edition-5.pdf)
7. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และกรม
การแพทย์
8. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World
Health Organization.
[Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf)
9. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care
[http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications
/PalliativeCare_8_A_R.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications
/PalliativeCare_8_A_R.pdf)
10. คู่มือแนวทางการตรวจเฝ้าระวังงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline)
สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
		ร้อยละ	50.53	53.33	61.07
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.ชลศณีย์ คล้ายทอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 1861 3078 E-mail: chonsanee@gmail.com โรงพยาบาลมหาชิราลงกรณ ธัญบุรี กรมการแพทย์ 2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพท์มือถือ : 08 9422 3466 โทรสาร : 0 2245 7580 E-mail: noiduenpen@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th				

(ระดับส่วนกลาง)	2. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.ชลศณีย์ คล้ายทอง โทรศัพท์มือถือ : 081-861-3078 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณ กรุงเทพมหานคร 2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรสาร : 0 2245 7580 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 3. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ E-mail: chonsanee@gmail.com นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466 E-mail: noiduenpen@yahoo.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	25. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
คำนิยาม	การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่าเกิดจากลมอโรคะมาวาตา และลมอุทธังคะมาวาตา พัดระคนกัน (แพทยศาสตร์สงเคราะห์, 2542: 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 ถึง U61.19 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่ 1. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การฝังเข็ม 3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง, และยาสหัสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, 2558)

เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 1. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ - เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I60 - เลือดออกในสมองใหญ่: I61 - เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: I62 - เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I63 - โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไม่ระบุว่าเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I64 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I65 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I66 - โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I67 - โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: I68 - ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I69 2. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้ - อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์: U61.0 - อัมพาตครึ่งซีก: U61.10 - อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U61.11 - อัมพาตทั้งตัว: U61.12 - อัมพาตเฉพาแขน: U61.13 - อัมพาตเฉพาขา: U61.14 - อัมพาตหน้า: U61.15 - อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18 - อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19 ควบคุมกับการให้รหัสการแพทย์แผนไทย (100-77-00) ถึง (999-78-88) หรือให้รหัสการแพทย์แผนไทย ควบคุมกับการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบ 3. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ - โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U78.110 - อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U78.111 - โรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U78.112 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U78.113 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U78.114 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบาว่า

	โรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะต้น (Bowel stroke): U78.115 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะต้น (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117 ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 9991801 Electro-acupuncture therapy 9991810 Single-handed needle insertion 9021801 Subcutaneous electro-needling 9991811 Double-handed needle insertion 9031801 Muscle electro-needling			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ในพื้นที่รับผิดชอบ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ที่มีประวัติการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในพื้นที่รับผิดชอบ			
	- ควบคู่กับการวินิจฉัย U61.0 ถึง U61.19 และให้หัตถการแผนไทย (100-77-00) ถึง (999-78-88)			
	- หรือควบคู่กับการวินิจฉัย U78.110 ถึง U78.117 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 อย่างใดอย่างหนึ่ง			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ที่มีประวัติการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในพื้นที่รับผิดชอบ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- 1. มีทีมสหวิชาชีพ/ คณะกรรมการ/คณะทำงาน ของหน่วยบริการสาธารณสุข 2. มี (ร่าง) แนวทางการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (CPG) ของหน่วย บริการสาธารณสุข และมี ระบบส่งต่อระหว่างหน่วย บริการสาธารณสุข	ร้อยละ 8	ร้อยละ 9	ร้อยละ 10

วิธีการประเมินผล :

1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู
5. หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองด้วยการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
จำนวนผู้ป่วย IMC ได้รับบริการ แพทย์แผนไทยฯ ที่มีรหัส 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ตามด้วยรหัส โรค U78.110 ถึง U78.117	คน	9,072	8,143	20,822
จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด ในสถาน บริการ สาธารณสุข สังกัด กระทรวง สาธารณสุข	คน	312,858	330,888	222,646
คิดเป็นร้อยละ		2.9	-	9.4

ที่มา HDC ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2566

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมศักดิ์ กริซัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5648 สถาบันการแพทย์แผนไทย 2. นายกุลธนิต วรรณัน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : 0-2591-4409 กองการแพทย์ทางเลือก 3. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 087-571-5566 E-mail : augus.organa@gmail.com ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 089-633-8765 E-mail : kulthanit.w@gmail.com ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายตรีภพ เถลิมพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย 2. นางพันธิวิรา เวยสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - กองวิชาการและแผนงาน 3. นางสาวจิราวรรณ บุตรบุราณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081-594-9655 E-mail : treepob.ch@gmail.com เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 082-465-4945 E-mail : panvira06@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 093-335-6593 E-mail : sy9dtam@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	26. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน ของหน่วยบริการสถานีนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการ สาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม 04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล 13 ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืช กัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การหัตถ์หม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก

	- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน รหัสกลุ่มโรคและการด้านการแพทย์แผนไทย 1. โรคสตรี: U50 ถึง U52 2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55 3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60 4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72 5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75 6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77 รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) 1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน 1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1105 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 11050 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 11051 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน 11052 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน 11053 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน 11058 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน 1106 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่บ้าน 11060 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน 1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน 11071 การให้คำแนะนำ หึ่งหลังคลอด และการบริหารร่างกายด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน 11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน 11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) 11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure) 11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น 11102 การให้บริการสมาธิบำบัด 11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage) 11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist) 11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) 11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy) 11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet)
--	--

	1I112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics) 1I113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น 1I180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy) 1I181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น 1I182 การให้บริการกัวซา (Guasa) 1I183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกาย ด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพที่ดี) 3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน 1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78 2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79								
เกณฑ์เป้าหมาย :									
	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 40</td><td>ร้อยละ 45</td><td>ร้อยละ 50</td><td>ร้อยละ 55</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55						
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทาน นาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระดับปฐมภูมิ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือ ส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือให้หัตถการแผนไทย (100-77-00 ถึง 999-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (100-79-00 ถึง 999-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทย ที่บ้าน (1I00 ถึง 1I081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (1I100 ถึง 1I183) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการ หรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)								

รายการข้อมูล 2	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 38		-	
1. หน่วยบริการสาธารณสุขมีการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการในการดูแลสุขภาพ 2. มีการจัดบริการอย่างน้อย 5 โรค/อาการ เช่น NCD LTC PC การดูแลหลังคลอด ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น		1. จังหวัดมีนโยบายการใช้ยาสมุนไพรทดแทนอย่างน้อย 1 รายการ		1. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พชอ. 3 หมอ ในการให้บริการการแพทย์แผนไทยไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น ผู้ป่วย NCD IMC LTC PC ปวด นอนไม่หลับ หลังกินยาหลังคลอด ผู้สูงอายุ เป็นต้น	
				รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 40	
วิธีการประเมินผล :					
1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
เอกสารสนับสนุน :					
1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 5. ข้อมูลยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2564	2565
		รพ.สต.	ร้อยละ	37.65	31.92
					(ณ 16 ก.ค. 2565)
					37.66
					(ณ 3 ต.ค. 2566)
		ที่มา HDC ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2566			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายสมศักดิ์ กริชชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5648 สถาบันการแพทย์แผนไทย ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 087-571-5566 E-mail : augus.organ@gmail.com			

	2. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน	ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจิรนนท์ บรรทัด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย 2. นางพันธุ์วิรา เวยสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - กองวิชาการและแผนงาน 3. นางสาวจิราวรรณ บุตรบุราณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 080-778-7085 E-mail : jeeranan.ban1992@gmail.com เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 082-465-4945 E-mail : panvira06@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 093-335-6593 E-mail : sy9dtam@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน			
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x อาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน หมายถึง ผู้ป่วยโรค Depressive Disorder ทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก ในสถานบริการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึง สิ้นเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึงสิงหาคม ของทุกปี จากสถานบริการใดก็ได้ (พบแพทย์/ ปรึกษา/ มารับบริการอื่นๆ เช่น ปรึกษาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Tele-psychiatry/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2567			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 58	≥ร้อยละ 61	≥ร้อยละ 64
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการจากสถานบริการได้รับการรักษาต่อเนื่อง (พบแพทย์/ ปรึกษา/ มารับบริการอื่นๆ เช่น ปรึกษาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Telepsychiatry/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลง ตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน จากสถานบริการใดก็ได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ตาม B ได้รับการรักษาต่อเนื่องจากสถานบริการใดก็ได้ ภายใน 1 ตุลาคม ถึง สิ้นเดือนสิงหาคม อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2567			

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2567 จากสถานบริการทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (หน่วยคน) ไม่นับซ้ำในกรณีถูกนับเป็น B จากสถานบริการทั้งหมดแล้วตาม First visit				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	11 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 30		ร้อยละ 40	
				ร้อยละ 55	
วิธีการประเมินผล :	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา	ร้อยละ	-	-	49.30 (รพจ. 14 แห่ง ฐานข้อมูล HDC สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ) (ข้อมูล ณ วันที่ 4 ก.ย.65)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์				
	1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์		โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535		E-mail : pat-ukn@yahoo.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	2. แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง		โทรศัพท์มือถือ : 080-5989191		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352500		E-mail : info@thaidepression.com		
	โทรสาร : 045-352514				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	3. นางกมลทิพย์ สงวนรัมย์		โทรศัพท์มือถือ : 099-6953694		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535		E-mail : info@thaidepression.com		
	โทรสาร : 045-352514				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์				
	2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายอรรถกร วงศ์อนันต์		โทรศัพท์มือถือ : 083-1287033		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621		E-mail : info@thaidepression.com		
	โทรสาร : 045-352513				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต				
	2. นางสาวอมราภรณ์ ฝางแก้ว		โทรศัพท์มือถือ : 084-7589498		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535		E-mail : tcprasri64@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	โทรสาร : 045-352513				
	กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์และสุขภาพจิตเวชสู่ความเป็นเลิศ				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	28. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 28.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 28.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในรอบปีงบประมาณ ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณ นับตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2566-วันที่ 30 กันยายน 2567) ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายจาก ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ/ 1669/ ตำรวจ/ อื่นๆ รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันที 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชนโดยทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายของจังหวัด /อำเภอ หรือ และ ร่วมกับทีมจิตเวชพี่เลี้ยง ในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชน สังคม 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง จากบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพสต /รพช /รพท/รพศ /หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย จาก แกนนำชุมชน / อบต /อปจ และบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพสต /รพช /รพท/รพศ 6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่

	7) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย 1ปี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ จาก อสม /บุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพสต /รพช /รพท/รพศ /หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
28.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ				
ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน		≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.5 ต่อประชากรแสนคน
28.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี				
ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 90		ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96
วัตถุประสงค์	เป้าหมายหลัก 1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน เป้าหมายย่อย 1. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมายหลัก : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกจังหวัด เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่กระทำในช่วงเวลา 1 ปีงบประมาณ (วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	28.1 : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S version 11. (เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานข้อมูล) <u>หมายเหตุ</u> ในเขตบริการสุขภาพ หรือจังหวัด ที่พบว่ามีปัญหาการรายงาน รง 506 S version 11 หรือข้อมูลจากการรายงาน รง506s ต่ำกว่าที่ควร จะใช้ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ทดแทน 28.2 : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจาก ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ 1) ข้อมูล จาก Health Data Center (HDC) จะเป็นการรายงานข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมในผู้ที่ทำร้ายตนเองที่บาดเจ็บไม่รุนแรงและไม่ได้มาใช้บริการ ควรสนับสนุนให้มีการลงพื้นที่เพื่อสอบสวนโรคทุกรายที่แจ้งจากศูนย์แจ้งเหตุ และบันทึกข้อมูลลงในรายงาน รง 506 S version 11 จะเป็นประโยชน์ต่อการมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและบ่งบอกถึงเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในพื้นที่			

	2) ข้อจำกัดของการตรวจสอบข้อมูลของการฆ่าตัวตายซ้ำเดือนกันยายน เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายกระทำในเดือนกันยายน 2566 และทำซ้ำอีกครั้ง ในช่วงตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2566 เป็นต้นไป จะไม่ได้ถูกบันทึกเป็นผู้พยายามทำร้ายตนเองซ้ำของปีงบประมาณ2566 แต่จะบันทึกเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ของปีงบ 2567 ดังนั้น ควรมีการตรวจสอบข้อมูลและเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองในช่วงระยะเวลาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง												
แหล่งข้อมูล	เป้าหมายหลัก : 1) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S version 11. 2) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดและผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ได้จากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2567												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2567 **หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 2 ใช้ประชากรปลายปี 2566 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2567												
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในปีงบประมาณ – จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในปีงบประมาณ หน่วยนับ (คน)												
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปีงบประมาณ 2567												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลักที่ 28 : (A/B) x 100,000 ตัวชี้วัดย่อยที่ 28.1 : (C/D) x 100												
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดหลักที่ 28 : ไตรมาส 4 ตัวชี้วัดย่อยที่ 28.1 : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4												
เกณฑ์การประเมิน :													
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน</td><td>-</td><td>≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน</td></tr><tr><td>-</td><td>ร้อยละ 50</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 90</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน	-	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
-	≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน	-	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน										
-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90										
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน												
เอกสารสนับสนุน :	1.รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506 S version 11) 2.ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	7.38	7.75	5.95 (ตค 65-มีย 66)
	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	98.03	98.09 ณ วันที่ 26 กย 65	98.25 ณ วันที่ 8 กันยายน 2566
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1. นายแพทย์ธณินท์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรสาร : 043-224722 2. นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043 - 224722 E-mail : orapin63308@gmail.com 3. นางสาวพนิดา ขาปัญญา จพง.เวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 089-6199137 โทรสาร : 043-224722 E-mail : suicidethailand@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043 - 224722 E-mail : orapin63308@gmail.com โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	29. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4 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 sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis 3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2566 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป 4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป

5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด				
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 26		น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน			
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 ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A+C) / D × 100																
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																
วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 - 13																
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ข้อมูล 12 เดือน)</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>...</td><td>ร้อยละ</td><td>31.82</td><td>36.48</td><td>35.73</td></tr></table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ข้อมูล 12 เดือน)			2563	2564	2565	...	ร้อยละ	31.82	36.48	35.73
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ข้อมูล 12 เดือน)															
		2563	2564	2565													
...	ร้อยละ	31.82	36.48	35.73													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พจน์ อินทลาภพร																

ภาคผนวกที่ 1

คำนิยามตัวชี้วัดเพิ่มเติม	จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) Rapid Response System หรือ ระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยจากข้อมูลทั้งในและต่างประเทศที่มีการจัดตั้งทีมนี้เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลลดน้อยลง อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นลดน้อยลง จำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือนอนในไอซียูลดน้อยลง และอัตราการตายของผู้ป่วยในลดน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ - การสร้างเครื่องมือและแนวทางในการจัดกลุ่มผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการจัดการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ Early Warning Score - Rapid Response Team - การบริหารจัดการที่จะช่วยจัดสรรบุคลากร เครื่องมือ และทรัพยากรต่างๆให้เพียงพอ การมีแนวทางการกำหนดการเก็บข้อมูลต่างๆ การวิเคราะห์ข้อมูล การกำหนดตัวชี้วัด การประเมินให้เกิดการพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้น
เกณฑ์เป้าหมาย:	
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) มากกว่าร้อยละ 80 ของเขตสุขภาพ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) ทุกโรงพยาบาลของเขตสุขภาพร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตาย ลดอัตราการเกิด cardiac arrest ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีอาการทรุดลง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน
เกณฑ์การประเมิน (ตารางที่ 6) ปี 2567: ดำเนินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) มากกว่าร้อยละ 80 ของเขตสุขภาพ ปี 2568: ดำเนินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) ทุกโรงพยาบาลของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100	

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

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

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA)score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
2. Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg
3. Respiratory rate ≥ 22 /min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

< 123 >

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

ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A)

- 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
- 2) มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในโรงพยาบาล โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน
- 3) เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด
(ระดับ A และ S)

- ✓ ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ
- ✓ เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1
- ✓ กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2
- ✓ ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง 3 ข้อ

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	9.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ											
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพและประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	30. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด 30.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 30.2 ร้อยละของการให้การรักษามารวม STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 30.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 30.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด											
ตัวชี้วัด	30.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI											
คำนิยาม 30.1	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) อัตราตายในผู้ป่วย STEMI 1. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน และมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>< ร้อยละ 9</td><td>< ร้อยละ 9</td><td>< ร้อยละ 9</td><td>< ร้อยละ 9</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่ - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)											
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100											
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส											
วิธีการประเมินผล:	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC											

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
			2564	2565	2566								
	13.39	ร้อยละ	10.6	9.05	9.48								
ข้อมูลจาก Thai ACS Registry													
ตัวชี้วัด	30.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด												
คำนิยาม 30.2	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง 30.2.1. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ 30.2.2. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล												
เกณฑ์เป้าหมาย:													
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 70</td><td>≥ ร้อยละ 70</td><td>≥ ร้อยละ 70</td></tr></table>						ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70										
≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70										
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย STEMI												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน												
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด												
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล												
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 30.2.1	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A/B) × 100												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 30.2.2	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (C/D) × 100												
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส												
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่ม เลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการ วินิจฉัย	ร้อยละ	47.76	50.34	51.44	
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	48.84	49.12	55.75	

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry

เกณฑ์การประเมิน :

Small success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการให้ health literacy กับ ประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา	มี	มี	มี	มี
- มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tract และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ	มี	มี	มี	มี
- มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS	มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้อง กับบริบทของ พื้นที่	มี	มี	มี
- รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลาย ลิ่มเลือดและมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้	มี	มี	มี	มี
- มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขต สุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7	มี	มี	มี	มี
- อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิด หลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate)	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70

เอกสารสนับสนุน :

1. Thai ACS Registry (<http://www.ncvdt.org>)
2. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020
3. BYRNE, Robert A., et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 2023, ehad191.

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. พญ.อรวรรณ อนุไพรวรรณ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972	โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395
โทรสาร : 0 2591 9972	E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ระบบ Thai ACS Registry โดยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรศัพท์ : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="478 365 949 504"> 1. พญ.อรวรรณ อนุไพรวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรศัพท์ : 0 2591 9972 </td><td data-bbox="949 365 1489 504"> นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395 E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="478 504 1489 548"> สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ </td></tr> <tr> <td data-bbox="478 548 949 719"> 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์ : 0 2591 8279 </td><td data-bbox="949 548 1489 719"> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="478 696 1489 730"> กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ </td></tr> </table>	1. พญ.อรวรรณ อนุไพรวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรศัพท์ : 0 2591 9972	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395 E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com	สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์		2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์ : 0 2591 8279	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์	
1. พญ.อรวรรณ อนุไพรวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรศัพท์ : 0 2591 9972	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395 E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com								
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์									
2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์ : 0 2591 8279	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com								
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์									

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	31. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง 31.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 31.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy 31.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 31.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy
คำนิยาม	1) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี 2) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติหมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่งกล้อง (Colposcopy) • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื้อมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ $\geq$ ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล 3) การส่งกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่งกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็ง และมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด *ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วย สามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานในปีงบประมาณนั้นได้ 4) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้นซึ่งประชากร กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ

	5) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงอายุ 50-70 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีFecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ 6) การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 55

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy) 3. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ) 4. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี(ตามเป้าหมายรายปี) (C₁) 2. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C₂) 3. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP₁) 4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP₂) 5. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี(ตามเป้าหมายรายปี) (F₁) 6. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F₂) 7. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (CL₁) 8. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL₂)

	*การบันทึกข้อมูล 1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx2020 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา และ/หรือโปรแกรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) และฐานข้อมูล สปสช.
รายการข้อมูล 1	$A(C_2)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $A(CP_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $A(F_2)$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง $A(CL_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
รายการข้อมูล 2	$B(C_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี (เป้าหมายรายปี) เป้าหมายรายปี : ประมาณตัวเลขจาก 70% ของประชากรหญิงอายุ 30-60 ปี ทุกสิทธิการรักษา หารด้วย 5 ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี : ประชากรหญิง อายุ 30-60 ปี ทุกสิทธิการรักษา มี 100,000 คน 70% ของ 100,000 คน = 70,000 คน จากข้อความข้างต้น 70% ของประชากรหญิงอายุ 30-60 ปี ทุกสิทธิการรักษา หาร ด้วย 5 = 70,000 / 5 จะได้ค่าเป้าหมายรายปี 14,000 คน $B(CP_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ $B(F_1)$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (เป้าหมายรายปี) เป้าหมายรายปี : ประมาณการจาก 10% ของประชากรอายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี : ประชากร อายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา มี 100,000 คน 10% ของ 100,000 คน ค่าเป้าหมายรายปี 10,000 คน $B(CL_1)$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งปากมดลูก 1. $(A(C_2) / B(C_1)) \times 100$ 2. $(A(CP_2) / B(CP_1)) \times 100$ *ตัวอย่างการคำนวณ $A(C_2)$ = ในปีงบ..ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (HPV+Pap smear+VIA) ได้ 9,000 คน $B(C_1)$ = ประชากรเป้าหมาย (เป้าหมายรายปี) จำนวน 14,000 คน คิดเป็น $(9,000/14,000) \times 100 =$ ร้อยละ 64.28

	สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งลำไส้และไส้ตรง 1. $(A(F_2)/ B(F_1)) \times 100$ 2. $(A(CL_2)/ B(CL_1)) \times 100$ *ตัวอย่างการคำนวณ $A(F_2)$ = ในปีงบ.... ทำการคัดกรองมะเร็งลำไส้ได้ 5,000 คน $B(F_1)$ = ประชากรเป้าหมาย (เป้าหมายรายปี) จำนวน 10,000 คน คิดเป็น $(5,000/10,000) \times 100 =$ ร้อยละ 50																																		
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																																		
เกณฑ์การประเมิน :																																			
	ปี 2567	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60																														
	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	-	-	≥ ร้อยละ 70																														
	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50																														
	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	-	-	≥ ร้อยละ 50																														
วิธีการประเมินผล :	มะเร็งปากมดลูก 1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ 2. ฐานข้อมูล สปสช. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ 2. ฐานข้อมูล สปสช. 3. จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)																																		
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง 2. คู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยทางงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th colspan="2" rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th></tr><tr><td>คัดกรองมะเร็งปากมดลูก</td><td>-</td><td rowspan="4">ร้อยละ</td><td>53.95</td><td>50.31</td><td>50.16</td></tr><tr><td>ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง Colposcopy</td><td>-</td><td>40.10</td><td>34.72</td><td>60.30</td></tr><tr><td>คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</td><td>-</td><td>43.32</td><td>40.45</td><td>61.55</td></tr><tr><td>ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง Colonoscopy</td><td>-</td><td>11.40</td><td>16.59</td><td>22.68</td></tr></table> หมายเหตุ : 1) ข้อมูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการส่องกล้อง Colposcopy จากฐานข้อมูล สปสช. ณ วันที่ 13 ก.ย. 2566 2) ข้อมูลคัดกรองมะเร็งลำไส้และการส่องกล้อง Colonoscopy จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 13 ก.ย. 2566					Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	ร้อยละ	53.95	50.31	50.16	ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง Colposcopy	-	40.10	34.72	60.30	คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	43.32	40.45	61.55	ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง Colonoscopy	-	11.40	16.59	22.68
Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																
			2564	2565	2566																														
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	ร้อยละ	53.95	50.31	50.16																														
ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง Colposcopy	-		40.10	34.72	60.30																														
คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-		43.32	40.45	61.55																														
ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง Colonoscopy	-		11.40	16.59	22.68																														

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ว่าที่ ร.ต.ท.หญิงนภา ศิริวิวัฒนากุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 2. นพ.दनัย มโนรมณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ:
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรศัพท์ : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรศัพท์ : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรศัพท์ : 0 2591 8279 E-mail: Evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	32. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน			
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 มล./นาทีต่อ 1.73 ตรม. ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 10
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายมาตรการรวมกัน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	• การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 3 เดือน • โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time			
แหล่งข้อมูล	HDC Health Data Center			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	วิธีคิดของปี 25xx: $\left[\frac{\left\{ \frac{\text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปี 25xx} - \text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปี 25xx-1}}{\text{จำนวนของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ทั้งหมดในปี 25xx-1}} \times 100 \right\}}{\text{ปี 25xx-1}} - \left[\frac{\left\{ \frac{\text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปี 25xx-1} - \text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปี 25xx-2}}{\text{จำนวนของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ทั้งหมดในปี 25xx-2}} \times 100 \right\}}{\text{ปี 25xx-2}} \right] < 10$ ***โดย 'จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด' = จำนวนผู้ป่วยที่มี GFR < 15 รวมทั้งผู้ป่วย dialysis และไม่มีภาวะวินิจฉัย AKI ภายใน 90 วันย้อนหลัง			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 10

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด				
เอกสารสนับสนุน :	1. <u>คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุง)</u> สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2567	2568	2569
	...	ร้อยละ	10	10	-
หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	33. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)											
คำนิยาม	บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง จากร่างผู้บริจาคอวัยวะ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2567 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2566 เป็นตัวหาร)											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><th>ปีงบประมาณ 67</th><th>ปีงบประมาณ 68</th><th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr><tr><td>อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2566 ของแต่ละเขตสุขภาพ</td><td>อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ</td><td>อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ</td><td>อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2569 ของแต่ละเขตสุขภาพ</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2566 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2569 ของแต่ละเขตสุขภาพ
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2566 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2569 ของแต่ละเขตสุขภาพ									
วัตถุประสงค์	เพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล A, S, M1											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข											
แหล่งข้อมูล	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) ปีงบประมาณ 2567											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2566											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100 หมายเหตุ * คำนวณแยกรายเขตสุขภาพ โดยใช้ปี 2566 ในการเทียบเพิ่มขึ้นร้อยละ 20											
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส											
เกณฑ์การประเมิน :												
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>-</td><td>เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566</td><td>เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566</td><td>เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566									

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567 เป้าหมายแยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7
ผล 66	0.26	0.36	0.32	0.50	0.30	0.27	0.70
เกณฑ์ 67	≥ 0.31	≥ 0.41	≥ 0.39	≥ 0.60	≥ 0.36	≥ 0.32	≥ 0.84

เขตสุขภาพ	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
ผล 66	1.21	0.46	0.50	0.11	0.09	0.40
เกณฑ์ 67	≥ 1.45	≥ 0.55	≥ 0.60	≥ 0.13	≥ 0.11	≥ 0.48

ที่มา : A = ข้อมูลสภากาชาดไทย ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

B = ข้อมูลจากการตรวจนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณพ.ศ. 2566 และข้อมูลจากสำนักจิตัลการแพทย์ กรมการแพทย์

วิธีการประเมินผล :	ติดตามและนิเทศผ่านการตรวจราชการ				
เอกสารสนับสนุน :	1. ข้อมูลรายงานศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	...	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.20 : 100	0.23 : 100	0.40 : 100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.กรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2206 2900 ต่อ 50139 โทรศัพท์มือถือ : 09 5409 1619 โทรสาร : 0 2354 8188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.กรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2206 2900 ต่อ 50139 โทรศัพท์มือถือ : 09 5409 1619 โทรสาร : 0 2354 8188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	34. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)			
คำนิยาม	*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข *การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	60 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	62 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)	64 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	66 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย (บสต.)			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู			
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน			

เกณฑ์การประเมิน :															
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน											
60		60		60											
รอบ 12 เดือน		60													
วิธีการประเมินผล :		สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึก รายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผล โดย สำนักงาน													
		<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>45</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> </tr> </table>				ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	40	45	50	55	60
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5											
40	45	50	55	60											
		เลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข													
เอกสารสนับสนุน :															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
				2564	2565										
				2566											
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด ที่เข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพอย่าง ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)		ร้อยละ (เฉลี่ย3ปี 60.06)		57.94	58.15										
				64.09											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. ชื่อ – สกุล นายแพทย์อังกูร ภัทรการ ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-331-6106 โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 2. ชื่อ – สกุล นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ตำแหน่ง : นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-140-3884 โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต 3. ชื่อ – สกุล นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-613052 โทรศัพท์มือถือ : 093-265-4696 โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : กรมการแพทย์ 4. ชื่อ – สกุล นพ.อัครวัฒน์ เพียวพวงแก้ว ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-725-8732 โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข 5. ชื่อ – สกุล ดร.ปรีชวิทย์ พรหมจักร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 088-269-2316 โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน													

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	- สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข - กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - กรมการแพทย์ - กรมสุขภาพจิต
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ชื่อ – สกุล นางกษมา ประไซโย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902422 โทรสาร : 02-5901863 สถานที่ทำงาน : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-943-8257 E-mail : 2. ชื่อ – สกุล นายณัฐชัย อัมพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902422 โทรสาร : 02-5901740 สถานที่ทำงาน : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 086-395-6653 E-mail : tootent2235@gmail.com 3. ชื่อ – สกุล นางระเบียบ โตแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 โทรสาร : ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 092-897-9299 E-mail : สถานที่ทำงาน : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 4. ชื่อ – สกุล นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906350 โทรสาร : 02-5918279 สถานที่ทำงาน : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098-546-3564 E-mail : eva634752@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	14. โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	35. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน 35.1. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน 35.2. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed 35.3. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน
คำนิยาม	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ใน รพ.ทุกระดับ (A/S/M/ F) โดยให้บริการ ผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น *ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1 Intermediate bed คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์

สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ
กิจกรรมการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ กายภาพบำบัด
 กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟู
 ชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน

หมายเหตุ

-การให้บริการ intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่
 สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขต
 สุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อก่อน I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD10 ต่อก่อน S061 - S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อก่อน S14.0 - S14.1, S24.0 - S24.1, S34.0 - S34.1, S34.3
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อก่อน S72.0 - S72.2
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M2	โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	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

ตัวชี้วัดย่อย : 35.1 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85

ตัวชี้วัดย่อย 35.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ตัวชี้วัดย่อย 35.3 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยได้รับการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย
4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกวัยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกลายันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์

แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย

รายการข้อมูล 1

A1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20

รายการข้อมูล 2

B1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารสภาพระยะกลาง

รายการข้อมูล 3

A2 = จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed

รายการข้อมูล 4

B2 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด

รายการข้อมูล 5

A3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน

รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.1	(A1/B1) × 100				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.2	(A2/B2) × 100				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.3	(A3/B3) × 100				
หมายเหตุ	<u>คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด</u> 1. การเข้ารับบริการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลภาครัฐ เช่น รพ.สต., ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เป็นต้น และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียน, เยี่ยมบ้าน 2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล 4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2567:					
	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	35.1	-	≥ร้อยละ 85	-	≥ร้อยละ 85
	35.2	-	≥ร้อยละ 60	-	≥ร้อยละ 60
	35.3	-	≥ร้อยละ 50	-	≥ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล				
เอกสารสนับสนุน :	1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562 4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562 5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) ฉบับปรับปรุงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 6. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 7. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง พ.ศ. 2565 สถาบันประสาทวิทยา 8. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ดูแลระยะดูแลระยะทุกระดับ พ.ศ. 2566				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	-	ร้อยละ	79.41	82.57	86.93*
	ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข				
*หมายเหตุ: ข้อมูลจากผลตรวจราชการ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ศุภศิศิลป์ จำปานาค		นายแพทย์เชี่ยวชาญ		
	โทรศัพท์มือถือ : 08 6702 4649		E-mail : sjampanak@gmail.com		
	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
	2. นายแพทย์ประสิทธิชัย มั่งจิตร		นายแพทย์เชี่ยวชาญ		
	โทรศัพท์มือถือ : 08 1923 0536		E-mail : peed.pr@gmail.com		
	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
	3. แพทย์หญิงวิชนี ธงทอง		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์มือถือ : 08 6529 4597		E-mail : vichyrehab@gmail.com		
	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์				
	4. แพทย์หญิงดวงจิตร์ สมิตินราเศรษฐ์		นายแพทย์ชำนาญการ		
โทรศัพท์มือถือ : 08 9412 9609		E-mail : drdjsmithjohn@gmail.com			
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์					
5. แพทย์หญิงอุไรษา ชัยวิรัช		นายแพทย์ชำนาญการ			
โทรศัพท์มือถือ : 08 1783 8262		E-mail : phurichapmr@gmail.com			
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์					
6. นางสาวณัฏฐ์ หัวหนองหาร		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
โทรศัพท์มือถือ : 08 7677 6919		E-mail : aom.maneerut@gmail.com			
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59		โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564		
	E-mail : supervision.dms@gmail.com		E-mail: eva634752@gmail.com		
	2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350		โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564		
โทรสาร : 0 2591 8279		E-mail: eva634752@gmail.com			
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์					

ภาคผนวก รายละเอียดตัวชี้วัด การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)

โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ.....

ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ รพ.ได้กำหนด โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการดำเนินงาน

ประเด็น	☐ Intermediate bed	☐ Intermediate ward	ผ่าน ¹	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	○ มีอย่างน้อย 2 เตียง ○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้)หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก	○ มีอย่างน้อย 6 เตียง ○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ย อย่างละครึ่ง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก		
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย	○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 - 5 วัน) ○ นักกายภาพบำบัด	○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง) ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี) ○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช (ควรมี)		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	○ Problem list & plan ○ Team meeting report (1 ครั้ง/สัปดาห์) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol	○ Problem list & plan ○ Team meeting report with goal setting ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol (รวมเวลาการฟื้นฟู อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์)		
5. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	○ Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20	○ Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Occupational therapy (ถ้ามี) อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20		
6. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine)ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20	○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20		
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament) ²	○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ self silicone catheter	○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ self silicone catheter		
8. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Assistive devices) ²	○ Shoulder – Bobath sling ○ Plastic AFO ○ One-point cane ○ Tripod or quad cane	○ Shoulder- Bobath sling ○ Plastic AFO ○ Cane: One-point cane, tripod cane, quad cane ○ Wheelchair ○ Metal KAFO		
สรุปการประเมิน IMC bed/ward				
☐ ผ่าน หมายถึง ผ่านทุกข้อ (ข้อ 1 - 8)				

ประเด็น	☐ Intermediate bed	☐ Intermediate ward	ผ่าน ¹	ไม่ผ่าน
☐ ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ข้อ 1 - 6 ส่วนข้อ 7 - 8 มีแผนการพัฒนา ☐ ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1 - 6				

- หมายเหตุ: 1. ต้องมีการดำเนินการทุกรายการในแต่ละข้อ จึงจะถือว่าผ่านในแต่ละข้อนั้น ๆ (ไม่นับรวมรายการที่ระบุ *ถ้ามี/ควรมี*)
2. ข้อ 7 – 8 หากรายการใดไม่มีบริการในโรงพยาบาลแต่มีการบริหารจัดการภายในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ถือว่าผ่าน

แผนการพัฒนา ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก 2 IPD care protocol

ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol

Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)		ชื่อ.....ตึก..... HN..... AN.....		
รพ.				
Diagnosis ☐ Stroke..... ☐ Traumatic Brain Injury..... ☐ SCI.....		Underlying disease • • •		
Problem list วันที่.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Hemiplegia ☐ Quadriplegia ☐ Paraplegia	☐ ตรวจประเมินท่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ☐ ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ☐ วางแผนการให้บริการ ☐ Gait aids: เครื่องช่วยเดิน ☐ Wheelchair	☐ กระตุ้น ambulate ☐ กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ☐ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ☐ ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน	☐ Exercise training ☐ Functional training ☐ Bilateral movement training ☐ Transfer training ☐ Ambulation training ☐ Home program ☐ ขึ้นๆ.....	☐ ADL evaluation and training ☐ Hand function training ☐ ประเมินการปรับสภาพบ้าน ☐ Home program ☐ ขึ้นๆ.....
☐ Postural hypotension	☐ ประเมินและให้การวินิจฉัย ☐ Check CBC/ correct anemia	☐ Elastic bandage ที่ขา ☐ Abdominal binder ☐ ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	☐ Check BP ก่อนยกหัวสูง ☐ Tilt table ☐ reclining wheelchair	☐ ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก
☐ Spasticity ☐ Contracture	☐ ประเมิน ROM ☐ ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) ☐ Plastic AFO	☐ จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	☐ ROM exercise ☐ Stretching exercise ☐ Physical modality	☐ ROM exercise ☐ Stretching exercise ☐ Orthosis
☐ Shoulder subluxation ☐ Shoulder hand syndrome	☐ Shoulder sling ☐ Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	☐ จัดท่านอน ท่านั่ง อย่างถูกต้อง ☐ หลีกเลี่ยงการดึง กัด ทิ่ม แขน ☐ เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	☐ ROM exercise ☐ Strengthening exercise shoulder ☐ Positioning	☐ Shoulder sling ☐ Strengthening exercise shoulder ☐ Positioning
☐ Neuropathic pain	☐ วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง ☐ Neuropathic drug	☐ Patient education	☐ TENS ☐ Patient education	☐ Diversional activities ☐ Patient education
☐ Dysphagia	☐ พิจารณา On หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน ☐ ประเมินสภาวะโภชนาการ	☐ ประเมินการกลืน ☐ ดูแลความสะอาดช่องปาก ☐ จัดท่า/ป้องกันการสำลัก ☐ ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร		☐ ประเมินการกลืน ☐ ฝึกกลืน ☐ ฝึกการแปร่งฟัน/ ดูแลความสะอาดช่องปาก
☐ Aphasia ☐ Dysarthria	☐ จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	☐ ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น ☐ ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	☐ ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น ☐ ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	☐ ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น ☐ ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร
☐ Neglect	☐ ประเมินและให้การวินิจฉัย	☐ กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง ☐ แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	☐ กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง ☐ แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	☐ กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง ☐ แนะนำปรับสภาพแวดล้อม
☐ Neurogenic bladder	☐ Intermittent cath ☐ CIC program ☐ Retain Foley's cath	☐ Intermittent cath ☐ CIC program ☐ Retain Foley's cath	☐ Train toilet transfer	☐ ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า ☐ ฝึกทำความสะอาดร่างกาย ☐ ฝึกการใช้งานมือ
☐ Neurogenic bowel	☐ ให้ยาระบาย ☐ Order สวนอุจจาระ	☐ ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ☐ สวนอุจจาระ ☐ กระตุ้น ambulate	☐ Train toilet transfer ☐ Active exercise ☐ Ambulation	☐ Train toileting ☐ ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า ☐ ฝึกทำความสะอาดร่างกาย
☐ Pressure ulcer grade.....	☐ Debridement ☐ Antibiotic ☐ Nutrition	☐ Assess risks/ เลือกแผ่นรองที่เหมาะสม ☐ Dressing wound ☐ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	☐ Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair	☐ Provide proper foam seat cushion
☐ Coma ☐ Cognitive deficits ☐ Agitation ☐ Hypoarousal/sleep disturb.		☐ กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้ ☐ ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ☐ ความคิด ความเข้าใจ	☐ กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้ ☐ ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ☐ ความคิด ความเข้าใจ	☐ กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้ ☐ Sensory – specific training ☐ ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ☐ ความคิด ความเข้าใจ
☐ ☐				

*หมายเหตุ นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแทน

For Intermediate Care (☐ Stroke, ☐ Traumatic Brain Injury, ☐ SCI)

< 150 >

For Intermediate Care (☐ Stroke, ☐ Traumatic Brain Injury, ☐ SCI)

Progress note	Order for one day	Order for Continuation
ชื่อ.....ตึก..... HN..... AN..... วันที่เริ่มป่วยครั้งนี้..... Estimated LOS.....วัน (โดยเฉลี่ย 5-14 วัน) Premorbid status: ADL..... Ambulation..... ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน.....	เตียง.....สิทธิผู้ป่วย..... วันที่.....เวลา..... ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ Admit ☐ Notify นักกายภาพบำบัด : ROME, strengthening exercise, bed mobility and progressive ambulation training. ☐ Notify นักกิจกรรมบำบัด : ADL training, swallowing training, hand function training, cognitive stimulation ☐ Notify นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q) เครียด(ST5) สมองเสื่อม(MMSE) และให้คำแนะนำ ☐ Notify โภชนาการ (ถ้ามี) : ประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค ☐ Notify แพทย์แผนไทย ☐ Notify HHC/LTC : เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเตรียมความพร้อมของบ้าน ลงชื่อแพทย์.....	Diet..... Record V/S..... Medication Activities for Rehab Program 1. กิจกรรมทางการพยาบาลฟื้นฟู 1.1 ป้องกันการสำลักอาหาร 1.2 ป้องกันภาวะแผลกดทับ 1.3 ป้องกันการลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 แนะนำเรื่องฝึก ADL/Hand function 1.6 Rehab NCM D/C plan 2. <u>งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์ เมื่อ</u> 2.1 BT ≥ 38° C 2.2 PR > 100 or < 60/min 2.3 SBP≥180 or <90, DBP≥110 or <60 mmHg 2.4 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT ลงชื่อแพทย์.....
Progress Note วันที่.....เวลา..... ลงชื่อแพทย์.....		

Team Meeting Report

รพ.

วันที่.....เวลา.....

ชื่อ.....ตึก.....

HN..... AN.....

สรุปประเด็น	
-------------	--

การเตรียมบ้าน หรือ ปรับสภาพบ้าน	☐ เตียงผู้ป่วย ☐ ประสานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด ☐ ปรับสภาพบ้าน..... ☐ ที่นอนลม ☐ อื่นๆ..... ☐ วัสดุอุปกรณ์.....
------------------------------------	---

Problem (√ or ×)	Goal / Plan of management
☐ ADL.....	Level of Assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
☐ Ambulation.....	☐ Walk with..... ☐ Bed mobility/ sitting balance ☐ Wheelchair ☐ Physiologic standing
☐ Swallowing.....	☐ NG tube ☐ Oral (☐ Compensate ☐ Positioning ☐ NG tube + oral ☐ Diet modification)
☐ Bowel.....	☐ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/ แผ่นรองกันเบื่อน ☐ ใช้ยาระบาย/ หรือสวนอุจจาระ ☐ ควบคุมอุจจาระได้เอง
☐ Bladder.....	☐ On Foley's cath ☐ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/ แผ่นรองกันเบื่อน ☐ CIC (Intermittent cath) ☐ Condom ☐ ควบคุมปัสสาวะได้เอง
☐	
☐	

แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)

☐ Doctor (ชื่อ).....	☐ นัด follow up..... ☐ Plan admit เพื่อฟื้นฟูอีกครั้ง ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ.....
☐ PT (ชื่อ).....	☐ ฝึกต่อแบบ OPD case ☐ Home program / สอนญาติ ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ.....
☐ พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ).....	☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ..... ☐ ส่งต่อ รพ.สต. / PCC / HHC
☐ Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ).....	☐ นัด follow up..... ☐ อื่นๆ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน
☐ Nutritionist (ชื่อ).....	☐ นัด follow up..... ☐ อื่นๆ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน
☐ แพทย์แผนไทย (ชื่อ).....	☐ นัด follow up..... ☐ อื่นๆ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน
☐	
☐	

ครั้งที่	(วัน/ เดือน/ปี) ที่ประเมิน	รายละเอียด Modified Barthel Index										คะแนนรวม
		Feeding (0, 1, 2)	Transfer (0, 1, 2, -)	Grooming (0, 1)	Toilet use (0, 1, 2)	Bathing (0, 1)	Mobility (0, 1, 2, 3)	Stairs (0, 1)	Dressing (0, 1, 2)	Bowels (0, 1, 2)	Bladder (0, 1, 2)	
admit												20
D/C												

ภาคผนวก 3 Care protocol สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

- 1) Problem list & plan
- 2) Standing doctor order sheet
- 3) Team meeting report

PROBLEM LIST & CARE PLAN FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

หน้า 1

Diagnosis: Underlying disease: Premorbid status: ADL..... Ambulation..... ☐ Community ambulator ☐ Household ambulator ☐ Non-ambulator		ชื่อ-สกุล: อายุ:ปี หรือผู้ป่วย: HN:AN.....		
PROBLEM LIST		PLAN OF MANAGEMENT		
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Hip fracture	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ☐ ตั้งเป้าหมายการฟื้นฟู (Goals setting) ☐ วางแผนการดูแลและการให้บริการฟื้นฟู ☐ สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ☐ ตรวจประเมินและให้อุปกรณ์ช่วยเดิน (gait aids)/ wheelchair ☐ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ☐ การส่งต่อผู้ป่วย ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางการพยาบาลฟื้นฟู ☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) ☐ กระตุ้น Breathing exercise ☐ กระตุ้นญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ การป้องกันกระดูกหักเคลื่อน ☐ การป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ☐ แนะนำการปรับบ้าน/สิ่งแวดล้อม (Home modification) ที่ปลอดภัย ☐ สื่อสารและประสานงานกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางการกายภาพบำบัด ☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) ☐ Breathing exercise ☐ การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ ให้บริการกายภาพบำบัดตามเป้าหมาย/ความบกพร่องที่พบ ☐ การป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางการกิจกรรมบำบัด ☐ ตรวจประเมินความตื่นตัว/ความเข้าใจ ☐ การส่งเสริมการทำการกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ ประเมินสภาพบ้านและแนะนำสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ให้บริการกิจกรรมบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม
☐ BADLs	☐ ประเมินและติดตาม ADLs ☐ ประเมินอุปสรรคการทำ ADLs ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ระดับความสูงของเก้าอี้/ชักโครก ราวจับในห้องน้ำ เครื่องช่วยพยุงเดิน	☐ ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ในห้องผู้ป่วย ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	☐ ADLs training (เน้น Toileting, Dressing) ☐ Home program ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	☐ ADLs training (เน้น Toileting, Dressing) ☐ แนะนำการดัดแปลงอุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ☐ Home program
☐ Mobility & Transfer	☐ ประเมินและติดตามความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง ลงเก้าอี้ และรถเข็น ตลอดจนการขึ้นลงบันได ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การลุกนั่ง การย้ายตัว) ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม ☐ เน้นระมัดระวังการหกล้มที่ห้องผู้ป่วย	☐ ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) ☐ Sitting balance training ☐ ประเมินและฝึก transfer (bed ↔ chair, bed ↔ wc) ☐ Exercise training (เน้น LEs) ☐ Home program	☐ ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) ☐ Sitting balance training ☐ ประเมินและฝึก transfer (bed ↔ chair, bed ↔ wc) ☐ Exercise training (เน้น UEs) ☐ Home program
☐ Ambulation	☐ ประเมินและให้ gait aids ที่เหมาะสม หรือ wheelchair ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การขึ้นเดิน) ในห้องผู้ป่วย ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ☐ เน้นระมัดระวังการหกล้มที่ห้องผู้ป่วย	☐ Exercise program (PRE, weight bearing, balance) ☐ Gait training ☐ แนะนำการใช้ gait aids ที่เหมาะสม หรือการใช้ wheelchair	
☐ Bowel & Bladder	☐ ประเมินและจัดการปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ☐ การให้ยาระบาย/สวนอุจจาระ ☐ การคาสาสายสวนปัสสาวะ	☐ ให้การพยาบาลระบบการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และติดตามอาการ ☐ กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง ☐ เน้นระมัดระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	☐ ประเมินและฝึก transfer to toilet ☐ แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการใช้งาน	☐ ประเมินและฝึก transfer to toilet ☐ แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการใช้งาน
☐ Pain	☐ ประเมินและจัดการความปวดแผลผ่าตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก (adequate pain management) เน้นการให้ยา around-the-clock	☐ ประเมินติดตามความปวดแผลผ่าตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก ☐ Psychosupport	☐ ประเมินและบำบัดความปวดด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัด เช่น TENS, hotpack	
☐ Cognitive/ Perception	☐ ประเมินความตื่นตัว/ความเข้าใจ ☐ วินิจฉัยภาวะ Delirium ☐ การรักษา/แก้ไขสาเหตุภาวะ Delirium	☐ ประเมินความตื่นตัว/ความเข้าใจ ☐ ติดตามภาวะ Delirium		☐ ประเมินความตื่นตัว/ความเข้าใจ และฝึก (cognitive evaluation & training)

Remarks:		ชื่อ-สกุล:		
.....		อายุ: ปี หรือผู้ป่วย:		
.....		HN:AN		
PROBLEM LIST	PLAN OF MANAGEMENT			
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Osteoporosis	☐ ให้การรักษาด้วยยากกลุ่ม Bisphosphonate ☐ Calcium, vitamin D ☐ แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม	☐ ติดตามการให้ยารักษา / ผลข้างเคียงการใช้ยา ☐ เฝ้าระวังการพลัดที่ของผู้ป่วย ☐ ให้ความรู้อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน	☐ Exercise program ☐ Fall prevention program (Strengthening, balance)	
☐ History of falling	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ การจัดการสาเหตุการหกล้ม ☐ ประเมินและปรึกษา กายภาพบำบัดร่วมดูแล (Fall prevention program) ☐ ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล เช่น จักษุแพทย์ (การมองเห็น), แพทย์โรคหลอดเลือด (การได้ยิน), เภสัชกร (การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา),	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ การจัดการสาเหตุการหกล้ม ☐ ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ ☐ เฝ้าระวังการพลัดที่ของผู้ป่วย	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ ☐ Fall prevention program (Strengthening, balance)	
☐ Nutritional problem	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ (เช่น Nutrition alert form: NAF) ☐ การรักษานาภาวะทุพโภชนาการ ☐ ปรึกษานักโภชนาการ ☐ ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ (เช่น Nutrition alert form: NAF) ☐ การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ☐ ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	☐ ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ☐ ส่งเสริมการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที	
☐ Complications 1) Delirium 2) UTI 3) Pressure injury 4) Pneumonia 5) joint stiffness 6) Fall	☐ วินิจฉัยโรค/ภาวะ ☐ การรักษาตามสาเหตุ ☐ ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล ☐ ติดตามและประเมินผลการรักษา ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ ติดตามและประเมินผลการรักษา ☐ การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง ☐ การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ☐ การพลิกตะแคงตัว ☐ การจัดท่าทางการนอนที่เหมาะสม ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) ☐ Breathing exercise ☐ Range of motion exercise (ROME) ☐ Positioning with hip dislocation precaution ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ
☐ อื่นๆ				
.....				
.....				

หมายเหตุ : สถานพยาบาลที่ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด อาจมอบหมายให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ปฏิบัติแทนเบื้องต้น

ลงชื่อแพทย์ / ทีมที่ร่วมประเมิน

.....

Underlying disease:			ชื่อ-สกุล:.....	
Premorbid status: ADL..... Ambulation..... ☐ Community ambulator ☐ Household ambulator ☐ Non-ambulator			อายุ: ปี หอผู้ป่วย:..... HN: AN:.....	
PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
Onset of fracture: Side ☐ Right ☐ Left Location ☐ Femoral Neck ☐ Intertrochanteric ☒ Subtrochanteric Treatment ☐ Non-operative ☐ Skin traction ☐ Surgery ชนิดของการผ่าตัด ระบุ: ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement ☐ ตามด้วยโลหะ ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน หมายเหตุ: Refer back รพช. ได้เมื่ออาการคงที่หลังผ่าตัด คือ 1.ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min - SBP 90-140 mmHg - DBP 60-90 mmHg - RR 12 -20/min - BT 36-38 °C		ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ Admit ☐ ประเมินศักยภาพการบำบัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืนเดิน (Mobility, transfer & Ambulation) ☐ สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก ☐ NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) ☐ Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า ≤20% BW) ☐ Partial WB ใดไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน ≤ 50% BW) ☐ Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) ☐ ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน ☐ Walker ☐ Crutches ☐ Cane ☐ Wheelchair ☐ กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ☐ Posterior approach โหนกทางขาหัวม่อข้อสะโพกเกิน 90 องศา <u>ห้าม</u>หมุนต้นขา ห้ามหมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน ☐ Anterolateral approach หัวม่อทางต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก ☐ ประเมินนักกิจกรรมบำบัด เพื่อ... ☐ ADL training ☐ Cognitive training ☐ Home modifications ☐ ประเมินนักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ☐ ประเมินนักโภชนาการ ☐ ประเมินทีม HHC/ COC เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน ☐		☒ Record V/S ☒ Diet ☐ Regular ☐ High Protein ☐ ☐ Dressing wound (OD, BID) ☐ วันละ 1 ครั้ง ☐ วันละ 2 ครั้ง Medication: ☒ Calcium ☒ Vitamin D ☐ ☐ Activities for Rehab Program: 1. กิจกรรมทางการพยาบาล 1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เฝ้าระวังการติดเชื้อ 1.9 Discharge care plan 2. จด Program ออกกำลังกาย และนั่งแพทย์เมื่อ 2.1 BT ≥ 38°C 2.2 PR > 100 or <60/min 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมเศร้าสับสนเฉียบพลัน
		ลงชื่อแพทย์		ลงชื่อแพทย์

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

REFER BACK

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Underlying disease:		ชื่อ-สกุล:		
Premorbid status: ADL..... Ambulation..... ☐ Community ambulator ☐ Household ambulator ☐ Non-ambulator		อายุ: ปี หอผู้ป่วย: HN: AN:		
PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
Onset of fracture: Side ☐ Right ☐ Left Location ☐ Femoral Neck ☐ Intertrochanteric ☐ Subtrochanteric Treatment ☐ Non-operative ☐ Skin traction ☐ Surgery ชนิดของการผ่าตัด ระบุ: ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ ใช้ Bone Cement ☐ ตามด้วยโลหะ ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน หมายเหตุ: Refer back รพช. ได้เมื่ออาการ คงที่หลังผ่าตัด คือ 1.ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณา จากเกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min - SBP 90-140 mmHg - DBP 60-90 mmHg - RR 12-20/min - BT 36-38 °C		Admit ☐ Refer Back รพช. เพื่อ admit ดูแล หลังผ่าตัด (จนสามารถ Ambulate ได้ใน กรณีสว่าตัด หรือ ญาติสามารถพร้อมดูแลที่ บ้านในกรณีไม่ผ่าตัด) ☐ ปรีกษานักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและ การยืนเดิน (Mobility, transfer & Ambulation) ☐ สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก ☐ NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) ☐ Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า <20% BW) ☐ Partial WB ได้ไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน < 50% BW) ☐ Full WB (ลงน้ำหนักเต็มเท้า) ☐ ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน ☐ Walker ☐ Crutches ☐ Cane ☐ Wheelchair ☐ ☐ บริหารข้อข้อต่อข้างที่หัก ☐ Hip ☐ Knee ☐ Ankle <u>กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</u> ☐ Posterior approach โหนนกลางขา หัวข้อข้อสะโพกเกิน 90 องศา หัวข้อต้นขา หัวข้อบดต้นขาเข้าด้านใน ☐ Anterolateral approach หัวข้อต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก ☐ ปรีกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ ☐ ADL training ☐ Cognitive training ☐ Home modifications ☐ ปรีกษาทีม HHC/ COC เตรียมการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน ☐ นัดติดตาม OPD ลงชื่อแพทย์		☒ Record V/S ☒ Diet ☐ Regular ☐ High Protein ☐ ☐ Dressing wound (OD, BID) ☐ วันละ 1 ครั้ง ☐ วันละ 2 ครั้ง Medication: ☒ Calcium ☒ Vitamin D ☐ ☐ Activities for Rehab Program: 1. กิจกรรมทางการพยาบาล 1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เฝ้าระวังการติดเชื้อ 1.9 Discharge care plan 2. จัด Program ออกกำลังกาย และฟื้นฟู เมื่อ 2.1 BT $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 2.2 PR > 100 or $< 60/\text{min}$ 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥ 110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติหรือหลังการออกกำลังกาย 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า ลงชื่อแพทย์

TEAM MEETING REPORT
FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

โรงพยาบาล:		ชื่อ-สกุล:	
Team Meeting Report ครั้งที่:วันที่:เวลา:		อายุ:ปี หอผู้ป่วย: HN:AN:	
Diagnosis: onset of fracture: Underlying disease:		Premorbid status: ADLs Ambulation: ☐ Community ambulator ☐ Household ambulator ☐ Non-ambulator	
สรุปประเด็น:			
Fracture		Side: ☐ Right ☐ Left Location: ☐ Femoral Neck ☐ Intertrochanteric ☐ Subtrochanteric Treatment: ☐ Non-operative ☐ with skin traction ☐ Surgery (Date:) ระบุชนิดของการผ่าตัด ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement ☐ ตามด้วยโลหะ	
Problems		Goal / Plan of management	
☐ BADLs	☐ feeding ☐ grooming ☐ toileting * ☐ bathing ☐ dressing *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist	
☐ Bed mobility & transfer	☐ bed mobility ☐ transfer (bed↔chair)* ☐ transfer (bed↔wc) *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist	
☐ Ambulation : walk/ stairs	☐ walk ** ☐ stairs **	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist ☐ walk with gait aid (☐ walker ☐ Axillary crutches ☐ cane ☐) ☐ wheelchair	
☐ Bowel		☐ Bowel program ☐ ใช้ยาระบาย/หรือสวนอุจจาระ..... ☐ ควบคุมอุจจาระได้เอง	
☐ Bladder		☐ on foley's cath ☐ ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป /แผ่นรองกันเปื้อน ☐ Condom ☐ ควบคุมปัสสาวะได้เอง	
☐ การเตรียมบ้าน		☐ เตียงนอน ☐ ปรับห้องน้ำ (ราวจับ/ประตู/ชักโครก/พื้นห้องน้ำ) ☐ ปรับทางลาดเข้าบ้าน ☐ ราวจับในบ้าน	
แผนการดูแลต่อเนื่อง (โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ)			
แพทย์ (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในอีกครั้ง/ต่อเนื่อง ☐ วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ☐ วางแผนการฟื้นฟูในชุมชน		
พยาบาล (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ส่งต่อ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ คำแนะนำ.....		
นักกายภาพบำบัด (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ส่งต่อ..... ☐ Home program ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน		
นักกิจกรรมบำบัด (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ส่งต่อ..... ☐ Home program ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน		
นักโภชนาการ (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ส่งต่อ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ คำแนะนำ.....		
คะแนนรวม Modified BI (20)		Admit	วันที่ประเมิน
		Discharge	วันที่ประเมิน

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการกัญชาทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	36. ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 36.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ 36.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ 36.3 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 36.3.1 หน่วยงานตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ 36.3.2 หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต)
คำนิยาม	1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ 2. หน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 5. ยา กัญชา หมายถึง ยา สารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา 6. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน 751.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5) 7. งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยา สารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการด้วยกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการ เผยแพร่หรือการนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการหรือตีพิมพ์ในวารสาร โดยเป็นผลงานจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นผลงานที่หน่วยงานใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่นับสะสมในแต่ละปี 8. การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนา ให้เป็นระบบโดยกำหนดกิจกรรม อาทิเช่น การศึกษา งาน, เวทีเสวนา, การจัดอบรมหรืองานประจำสู่งานวิจัย (R2)

เกณฑ์เป้าหมาย :

รายการ	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษา ด้วยยา姑療法ทางการแพทย์	ร้อยละ 5	ร้อยละ 7	ร้อยละ 10	ร้อยละ 12	ร้อยละ 15
ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับการรักษา ด้วยยา姑療法ทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 60	เพิ่มขึ้นร้อยละ 70	เพิ่มขึ้นร้อยละ 80	เพิ่มขึ้นร้อยละ 90	เพิ่มขึ้นร้อยละ 100
จำนวนงานวิจัยและการ จัดการความรู้ด้าน姑療法ทาง การแพทย์ของหน่วยงานใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1.งานวิจัย อย่างน้อย กรมฯ ละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรม จัดการความรู้ อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และเขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง	1.งานวิจัย อย่างน้อย กรมฯ ละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรม จัดการความรู้ อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และ เขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง	1.งานวิจัย อย่างน้อย กรมฯ ละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรม จัดการความรู้ อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และ เขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง	1.งานวิจัย อย่างน้อย กรมฯ ละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรม จัดการความรู้ อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และ เขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง	1.งานวิจัย อย่างน้อย กรมฯ ละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรม จัดการความรู้ อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และ เขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์
- 2.เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์
- 3.เพื่อส่งเสริมศักยภาพการทำงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑療法ทางการแพทย์

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- 1.ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิก姑療法ทางการแพทย์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- 1.รวบรวมจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC)
กระทรวงสาธารณสุข
- 2.รวบรวมจากการส่งข้อมูลผ่านสถาบัน姑療法ทางการแพทย์

แหล่งข้อมูล

- 1.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC)
กระทรวงสาธารณสุข
- 2.สถาบัน姑療法ทางการแพทย์

รายการข้อมูล 1	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ A1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ A2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2567 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑息療法ทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข C - จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑息療法ทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ และหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต)
รายการข้อมูล 2	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ B1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ B2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	36.1 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ $= (A1/B1) \times 100$ 36.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ $= (A2-B2/B2) \times 100$ 36.3.1 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑息療法ทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ $= C1$ 36.3.2 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑息療法ทางการแพทย์ของหน่วยบริการใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต) $= C2$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีการค้นหาผู้ป่วย ทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วย ที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษา ด้วยยา姑息 ทางการแพทย์	1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษา ด้วยยา姑息 ทางการแพทย์ร้อยละ 3	1. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับ การรักษาด้วยยา姑息 ทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 30	1.1 ผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ ได้รับการรักษาด้วยยา 姑息ทางการแพทย์ ร้อยละ 5 1.2 ผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับการรักษา ด้วยยา姑息 ทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 60
2 หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจ ด้านพัฒนาการแพทย์ มีโครงงานวิจัย และ แผนการจัดกิจกรรม การจัดการความรู้ ด้านกัญชาทางการแพทย์	2 หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจ ด้านพัฒนาการแพทย์ มีแผนการดำเนินงานวิจัย และจัดกิจกรรม การจัดการความรู้ ด้านกัญชาทางการแพทย์	2 หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจ ด้านพัฒนาการแพทย์ มีการดำเนินงานวิจัย และ จัดกิจกรรมการจัดการ ความรู้ด้านกัญชา ทางการแพทย์	2 หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจ ด้านพัฒนาการแพทย์ มีงานวิจัย อย่างน้อย กรมละ 2 เรื่อง และ มีกิจกรรมการจัดการ ความรู้ อย่างน้อยกรม ละ 2 ครั้ง
3.เขตสุขภาพมีโครงงาน งานวิจัยและแผนการจัด กิจกรรมการจัดการความรู้ ด้านกัญชาทางการแพทย์	3.เขตสุขภาพมีแผนการ ดำเนินงานวิจัย และจัดกิจกรรม การจัดการความรู้ ด้านกัญชาทางการแพทย์	3.เขตสุขภาพมีการ ดำเนินงานวิจัยและจัด กิจกรรมการจัดการความรู้ ด้านกัญชาทางการแพทย์	3.เขตสุขภาพมี ผลงานวิจัยอย่างน้อย เขตสุขภาพละ 2 เรื่อง และมีกิจกรรมการ จัดการความรู้ อย่างน้อยเขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง

วิธีการประเมินผล :

- 1.ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC)
กระทรวงสาธารณสุข
- 2.ข้อมูลจากสถาบันกัญชาทางการแพทย์
- 3.ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :	1. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 5	-	4.97	10.30
	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50	-	154.21	374.35
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์กิตติ โล่สุวรรณรักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1501 E-mail : mcimoph@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2.นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมุติ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1755 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. เกสัชกรหญิงกนกพร ชนะคำ เกสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 E-mail : mcimoph@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. แพทย์หญิงปัจฉิมา หลอมประโคน นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 E-mail : mcimoph@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. ดร.เกสัชกรหญิงผกากรอง ขวัญข้าว เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 E-mail : mcimoph@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจุฑารัตน์ วาอุทศน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1637 โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail : Jutharat2019.phdb@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	37. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)											
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (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 โดยมี เป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน “การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน “ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งลงในภายหลังก็ได้											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10									
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ 2. ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดการบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทัวถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12											
แหล่งข้อมูล	1. มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12											

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																
เกณฑ์การประเมิน :																	
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10														
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่ ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 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 :	1. http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td>2564</td><td>2565</td><td>2566</td></tr><tr><td>...</td><td>ร้อยละ</td><td>10.66</td><td>11.68</td><td>10.43</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	...	ร้อยละ	10.66	11.68	10.43			
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.													
		2564	2565	2566													
...	ร้อยละ	10.66	11.68	10.43													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table><tr><td>1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรสาร : 0 2517 4262 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์</td><td>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255 E-mail : chalermpoonchairat@gmail.com</td></tr><tr><td>2. พญ.ณธิดา สุเมธโชติเมธา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 23548108 - 37 โทรสาร : 0 2354 8146 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์</td><td>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 06 2561 9925 E-mail : drnathida@gmail.com</td></tr><tr><td>3. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์</td><td>นายแพทย์ชำนาญการ E-mail : k.yothasamutr@gmail.com</td></tr></table>				1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรสาร : 0 2517 4262 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255 E-mail : chalermpoonchairat@gmail.com	2. พญ.ณธิดา สุเมธโชติเมธา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 23548108 - 37 โทรสาร : 0 2354 8146 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 06 2561 9925 E-mail : drnathida@gmail.com	3. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	นายแพทย์ชำนาญการ E-mail : k.yothasamutr@gmail.com							
1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรสาร : 0 2517 4262 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255 E-mail : chalermpoonchairat@gmail.com																
2. พญ.ณธิดา สุเมธโชติเมธา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 23548108 - 37 โทรสาร : 0 2354 8146 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 06 2561 9925 E-mail : drnathida@gmail.com																
3. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	นายแพทย์ชำนาญการ E-mail : k.yothasamutr@gmail.com																

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th 2. กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255 โทรสาร : 0 2517 4262 E-mail : chalermpoonchairat@gmail.com โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	38. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
คำนิยาม	ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามการคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 70
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 32	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 34	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 36
วัตถุประสงค์	1. ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน 2. ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลได้มาตรฐาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดใน โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS 4.0 (จาก สผฉ.) 2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จาก สธ.)			
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS 4.0 (จาก สผฉ.) 2. การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จาก สธ.)			

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) * 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (สามารถประเมินรายไตรมาสได้ ถ้ามีรายงาน ER Visit รายไตรมาส)				
เกณฑ์การประเมิน:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30		ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30		ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30	
วิธีการประเมินผล :	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตาม หลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด 2. คู่มือคัดกรองสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	ครั้ง	87,948	92,580	131,089
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	338,487	354,516	รอข้อมูลจาก สธ.
		ร้อยละ	25.98	26.11	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายรังสรรค์ คูหากาญจน์ ตำแหน่ง: ผู้จัดการงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-872-1600 โทรศัพท์มือถือ: 08-1172-1669 โทรสาร: 02-872-1604 Email: rangsan.k@niems.go.th สถานที่ทำงาน: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวศิริลักษณ์ พิทักษา ตำแหน่ง: พนง.ปฏิบัติการ กลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-872-1600 โทรศัพท์มือถือ: 08-1736-1669 โทรสาร: 02-872-1604 Email: siriluk.p@niems.go.th สถานที่ทำงาน: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	39. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง เป็นการบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง เช่น อ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว สับสน มึนงง จำสถานที่ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะมีสาเหตุมาจากมีแรงภายนอกสมองมากระทบนับจาก ICD10 S S06.1 – 06.9 (แฟ้ม IPD + Admission + Person)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 4.75	น้อยกว่าร้อยละ 4.75	
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการให้บริการด้านประสาทศัลยศาสตร์ โดยดูจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) เพื่อแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ที่อัตราการเสียชีวิตสูงและนำข้อดี ของโรงพยาบาลที่อัตราการเสียชีวิตต่ำมาเผยแพร่ เป้าหมายหลักคือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางสมองให้ลดลง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (A & S)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13				
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S 06.1- S06.9) ที่เสียชีวิต				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S 06.1- S06.9) ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข และมีการเยี่ยมพื้นที่ โดยราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย				
เอกสารสนับสนุน :	1. ข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วย traumatic brain injury สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	-	ร้อยละ	5.75	5.48	5.25

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.กุลพัฒน์ วีรสาร โทรศัพท์มือถือ : 08 1843 8830 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ แพทย์หญิงอัญมณี สุขสิงห์ โทรศัพท์มือถือ : 0 2590 3888 กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค นายแพทย์ชำนาญการเชี่ยวชาญ E-mail : kveerasarn@Hotmail.com นายแพทย์ชำนาญการ
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.กุลพัฒน์ วีรสาร โทรศัพท์มือถือ : 08 1843 8830 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ E-mail : kveerasarn@Hotmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ											
โครงการที่	1. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	40. ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ											
คำนิยาม	ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสพเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสพเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ และผู้ป่วยที่ทุเลาแล้วทุลักทุเลห่อหมกถวายฎีกา ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรม-ราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสพเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา และต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของมูลนิธิ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีระบบการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง มีการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ให้ได้รับการสนับสนุนการดูแลติดตาม และการส่งต่อการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย โดยกำหนดให้มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด 2) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ มีการประชุมร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ 3) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ลงพื้นที่ให้การดูแลช่วยเหลือและเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ตามแผนอย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 4) มีการรายงานข้อมูลการลงพื้นที่ให้การดูแลช่วยเหลือ และเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาการ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือตามแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>≥ร้อยละ 70</td><td>≥ร้อยละ 80</td><td>≥ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 90	ร้อยละ 100									

วัตถุประสงค์	1) เพื่อให้ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิการรักษา และสิทธิพึงได้ตามคู่มือการดำเนินงานฯ รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง 2) เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ อย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่มีชีวิตอยู่										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) จังหวัดบันทึกรายละเอียดข้อมูลการรักษา/ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยฯ 2) คำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ (ถ้ามี) ตามแบบฟอร์ม ส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ strategic.ordpmoph@gmail.com 3) จังหวัดจัดทำสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ และแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ strategic.ordpmoph@gmail.com										
แหล่งข้อมูล	1) โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) คำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ (ถ้ามี) 3) ข้อมูลสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ และแผนการลงเยี่ยมผู้ป่วยฯ										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่ยังมีชีวิตอยู่ ได้รับการรักษา/ลงเยี่ยมติดตาม โดยมีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยฯ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่ยังมีชีวิตอยู่ ทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) *100										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4 (12 เดือน)										
เกณฑ์การประเมิน :											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ในระดับจังหวัด</td><td>- มีการแต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด อย่างน้อยร้อยละ 70</td><td>- จังหวัดมีการประชุมคณะกรรมการฯ และมีแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ</td><td>- ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ≥ ร้อยละ 70</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ในระดับจังหวัด	- มีการแต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด อย่างน้อยร้อยละ 70	- จังหวัดมีการประชุมคณะกรรมการฯ และมีแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ	- ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ≥ ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ในระดับจังหวัด	- มีการแต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด อย่างน้อยร้อยละ 70	- จังหวัดมีการประชุมคณะกรรมการฯ และมีแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ	- ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ≥ ร้อยละ 70								
วิธีการประเมินผล :	1) รวบรวม และสรุปผลจากการรายงานข้อมูลการรักษา/ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด 3) มีข้อมูลสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ประจำปี และแผนการลงเยี่ยมผู้ป่วยฯ										

เอกสารสนับสนุน :	1) คู่มือแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง 2) หนังสือ สธ 0228.09/ว 326 ลงวันที่ 22 เมษายน 2559  https://moph.cc/zbjBvytCe				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 2565 2566		
	ร้อยละของผู้ป่วย ในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	-	-	39.05*
*อ้างอิงจากระบบ HealthKPI					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ นางสาวพิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย ผู้อำนวยการสำนักโครงการพระราชดำริฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1064 โทรศัพท์มือถือ : 081 879 9977 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : pimradasiri1773@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด นางสาวเนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 087 743 2643 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : strategic.ordpmoph@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1) นางสาวเนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 087 743 2643 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : strategic.ordpmoph@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ 2) นางสาวคุณากร ก้านมะลิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1063-64 โทรศัพท์มือถือ : 061 128 5025 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : kunagorn102@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสาวเนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 087 743 2643 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : strategic.ordpmoph@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	41. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด				
คำนิยาม	สถานประกอบการ หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และรูปแบบการให้บริการการท่องเที่ยวในเชิงการบำบัด บรรเทา รักษา ปั่นฟู ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ มาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้รับการส่งเสริม พัฒนา และรับรองมาตรฐาน โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1. Nuad Thai Premium 2. Thai World Class Spa				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ	10	20	20	20	20
จำนวน (แห่ง)	-	28	34	41	49
ยอดสะสม (แห่ง)	139	167	201	242	291
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด 2. เพื่อส่งเสริมพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพเขตพื้นที่และเครือข่ายความร่วมมือด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการตรวจประเมิน และผลการรับรองมาตรฐานสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	1. สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1 – 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 จังหวัด) และกรุงเทพมหานคร				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{(A - B)}{B} \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จัดทำฐานข้อมูลสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 2. กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมพัฒนาให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนด 3. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 5 (สอดคล้องกับ QW 100 วัน Wellness Center)	1. ส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการให้ได้รับการรับรองตามมาตรฐานที่กำหนด 2. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 10	1. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 15	1. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 20

วิธีการประเมินผล : วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลตามไตรมาส

เอกสารสนับสนุน :

- ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
แผนแม่บทด้าน : สร้างความหลากหลายด้านการท่องเที่ยว
ประเด็น : ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13
หมวดหมู่ที่ 2 การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพและความยั่งยืน
หมวดหมู่ที่ 4 การแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง
- นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประเด็น : เศรษฐกิจสุขภาพ
- สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
สถานประกอบการ	ร้อยละ	-	-	10
	แห่ง	-	-	139
รวม (แห่ง)				139

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- ดร.กันยารัตน์ กุญสุวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ : 081 902 5619
E-mail: kpoope@gmail.com
สถานที่ทำงาน สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมสุขภาพการแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- นางสาวศิริณา สระทองหน ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมสุขภาพการแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร. 0 2193 7000 ต่อ 18402 โทรศัพท์มือถือ: 093 650 8942
E-mail: sirinapha.ihd@gmail.com

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวสันต์สินี ชุ่มเมืองปัก ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทร. 0 2193 7000 ต่อ 18605 2. นายไทรเทพ เต็มศิริธู ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร. 0 2193 7000 ต่อ 18827 กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ E-mail: planhss.hss@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายแพทย์อัศรพล ศุรุศาตรา ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบ วงจร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18403 โทรศัพท์มือถือ : 081 595 4450 E-mail: akraponmuk@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	42. จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง											
คำนิยาม	ศูนย์เวลเนส (Wellness Center) หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นศูนย์เวลเนสตามประเภทการประเมิน 5 ประเภท ได้แก่ 1) ที่พักนักท่องเที่ยว (โรงแรมและรีสอร์ท) 2) ภัตตาคาร/ร้านอาหาร 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ 5) สถานพยาบาล แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง แหล่งท่องเที่ยวที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร การยกระดับแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรม/การประเมินตามเกณฑ์การยกระดับสถานประกอบการ/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับเครือข่ายเป็นผู้กำหนด การสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร หมายถึง การสร้างความหลากหลาย และการแสดงอัตลักษณ์ถิ่น วัฒนธรรมชุมชน เพื่อเพิ่มมูลค่าบริการและสินค้าจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการในสถานประกอบการ 5 ประเภท และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>700 แห่ง</td><td>800 แห่ง</td><td>900 แห่ง</td><td>1,000 แห่ง</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	700 แห่ง	800 แห่ง	900 แห่ง	1,000 แห่ง
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
700 แห่ง	800 แห่ง	900 แห่ง	1,000 แห่ง									
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับสถานประกอบการ 5 ประเภทให้เป็นศูนย์เวลเนส และพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร รองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั่วประเทศให้เกิดความเชื่อมั่นในกลุ่มนักท่องเที่ยว 2. เพื่อยกระดับผลิตภัณฑ์สมุนไพรเชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร เพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มด้านการท่องเที่ยวต่อเศรษฐกิจในระดับชุมชน และเป็นเป้าหมายของการท่องเที่ยวระดับโลก 3. เพื่อสร้างภาพลักษณ์และประชาสัมพันธ์ศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร และผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพของประเทศ											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สถานประกอบการ 5 ประเภท ได้แก่ 1) ที่พักนักท่องเที่ยว (โรงแรมและรีสอร์ท) 2) ภัตตาคาร 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ 5) สถานพยาบาล 2. แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรทั่วประเทศ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลโดยศูนย์เวลเนส (Wellness Center) และกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก								
แหล่งข้อมูล	1. ศูนย์เวลเนส (อยู่ระหว่างปรับปรุงเว็บไซต์ศูนย์เวลเนส ในเว็บไซต์กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก) 2. กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ 3. การตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>- 1. จังหวัด/เขตสุขภาพเข้าร่วมรับฟังการชี้แจงแนวทางการใช้ระบบในการตรวจประเมินและรับรองศูนย์เวลเนส และการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร 2. จังหวัด/เขตสุขภาพ ส่งผลการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ มาที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td><td>600 แห่ง 1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรองจำนวน 600 แห่ง</td><td>- 1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรองจำนวน 650 แห่ง 2. ผู้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อยกระดับศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร</td><td>700 แห่ง 1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง จำนวน 700 แห่ง</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	- 1. จังหวัด/เขตสุขภาพเข้าร่วมรับฟังการชี้แจงแนวทางการใช้ระบบในการตรวจประเมินและรับรองศูนย์เวลเนส และการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร 2. จังหวัด/เขตสุขภาพ ส่งผลการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ มาที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	600 แห่ง 1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรองจำนวน 600 แห่ง	- 1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรองจำนวน 650 แห่ง 2. ผู้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อยกระดับศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร	700 แห่ง 1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง จำนวน 700 แห่ง
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
- 1. จังหวัด/เขตสุขภาพเข้าร่วมรับฟังการชี้แจงแนวทางการใช้ระบบในการตรวจประเมินและรับรองศูนย์เวลเนส และการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร 2. จังหวัด/เขตสุขภาพ ส่งผลการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ มาที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	600 แห่ง 1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรองจำนวน 600 แห่ง	- 1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรองจำนวน 650 แห่ง 2. ผู้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อยกระดับศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร	700 แห่ง 1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง จำนวน 700 แห่ง						
วิธีการประเมินผล :	นับรายชื่อสถานประกอบการ 5 ประเภทที่ได้รับการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส และรายชื่อแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก								

เอกสารสนับสนุน :	1. เกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนส กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. หลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร 3. ประกาศผลการประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรและศูนย์เวลเนส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ศูนย์เวลเนส และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร	จำนวน	-	30 แห่ง	539 แห่ง
	ที่มา กองการแพทย์ทางเลือก กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ และกองวิชาการและแผนงาน *การตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ สิงหาคม 2566				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายกุลธนิธ วรรณรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : 0-2591-4409 กองการแพทย์ทางเลือก		ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 089-633-8765 E-mail : kulthanit.w@gmail.com		
	2. นางมณฑกา ธีรชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : - กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ		ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โทรศัพท์มือถือ : 090-919-4391 E-mail : monthaka.t@gmail.com		
	3. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน		ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุนัตรา ศรีดาวงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5636 โทรสาร : 0-2149-5637 กองการแพทย์ทางเลือก		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 083-122-1911 E-mail : sunuttra.s@gmail.com		
	2. นางสาวพิมพ์พรณ ลาภเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 2603 โทรสาร : - กองการแพทย์ทางเลือก		เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-570-5286 E-mail : pimpun@hotmail.com		
	3. นางสาวสุดารัตน์ เกตโล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 065-395-3914 E-mail : th.herbalcity@gmail.com		
	4. นางพันธิวิรา เวยสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - กองวิชาการและแผนงาน		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 082-465-4945 E-mail : panvira06@gmail.com		

	5. นางสาวจิราวรรณ บุตรบุราณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 093-335-6593 E-mail : sy9dtam@gmail.com
--	---	--

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)																																							
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ																																							
ชื่อตัวชี้วัด	43. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ																																							
คำนิยาม	1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายลด อัตราป่วย อัตราตายของประชาชนและให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้ <table><thead><tr><th>เขตสุขภาพ</th><th>จำนวนจังหวัด</th><th>จังหวัด</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>8</td><td>เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td><td>ตาก พิชัยโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td><td>กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท</td></tr><tr><td>4</td><td>8</td><td>นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก</td></tr><tr><td>5</td><td>8</td><td>กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี</td></tr><tr><td>6</td><td>8</td><td>จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ</td></tr><tr><td>7</td><td>4</td><td>กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี</td></tr><tr><td>9</td><td>4</td><td>ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์</td></tr><tr><td>10</td><td>5</td><td>ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร</td></tr><tr><td>11</td><td>7</td><td>กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี</td></tr><tr><td>12</td><td>7</td><td>นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง</td></tr></tbody></table> 2. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด 3. ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ณ วันที่ 1 ต.ค. 66 ตามเงื่อนไข ที่ สป.สร. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงาน ดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่างและตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุง การรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่น ตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อนไปเขตสุขภาพอื่น หรือที่กำหนดอัตราตั้งใหม่ ฯลฯ 4. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทาง การใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐเร่งรัดการบริหารอัตราว่างให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปี ตามมติ ครม. เรื่อง รายงานสรุปภาพรวมการบริหารกำลังคนของส่วนราชการในฝ่ายพลเรือนและแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐ เมื่อวันที่ 28	เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด	1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	2	5	ตาก พิชัยโลก 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
เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด																																						
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน																																						
2	5	ตาก พิชัยโลก 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																																						

	มิถุนายน 2565 ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ ดังนี้ 4.1 มีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง มีการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และการกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเปลี่ยนชื่อตำแหน่งในสายงาน (ตำแหน่งในสายงานแพทย์และสายงานที่เกี่ยวข้องกับงานบริการทางการแพทย์ ว11/2562) และการเร่งรัดให้หน่วยงานดำเนินการสรรหาและเลือกสรรตำแหน่งว่างพนักงานราชการ 4.2 มีการดำเนินการตามแผน หมายถึง การดำเนินการตามข้อ 4.1 แผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย โดยการคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และการกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและความต้องการกำลังคนของ สป.สธ./กระทรวง และบันทึกคำสั่ง/ข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 4.3 มีการรายงานผลการดำเนินการตามแผน หมายถึง มีการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย รายไตรมาส ภายในกำหนด 4.4 ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตำแหน่งว่างของบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ณ วันที่รายงานผล เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 คงเหลือไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 11 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ 2. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ 3. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมติ ครม.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรสาธารณสุขประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. จัดเก็บข้อมูลออนไลน์ (Google Drive) โดยเขตสุขภาพรายงานผลการดำเนินการตามแบบฟอร์มที่กำหนด ผ่านระบบออนไลน์
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่รายงานผล ดังนี้ ไตรมาสที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2567 ไตรมาสที่ 3 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2567																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่ 1 ต.ค. 66																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																
เกณฑ์การประเมิน :																	
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>1. เขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. จัดส่งแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายภายในวันที่ 5 มกราคม 2567 โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</td><td>1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์มภายในวันที่ 5 เมษายน 2567 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 6</td><td>1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5</td><td>1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 25 กันยายน 2566 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1. เขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. จัดส่งแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายภายในวันที่ 5 มกราคม 2567 โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์มภายในวันที่ 5 เมษายน 2567 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 6	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 25 กันยายน 2566 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
1. เขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. จัดส่งแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายภายในวันที่ 5 มกราคม 2567 โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์มภายในวันที่ 5 เมษายน 2567 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 6	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 25 กันยายน 2566 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4														
*กำหนดการรายงานความก้าวหน้าฯ กองบริหารทรัพยากรบุคคลอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม																	
วิธีการประเมินผล :	1. วิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่างจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. กำกับ ติดตาม การดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายจากฐานข้อมูลที่เขตสุขภาพรายงานผ่านระบบออนไลน์ 3. ข้อมูลการรายงานของเขตสุขภาพที่ 1 – 12																
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัด 2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งและแบบฟอร์มรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายของทุกเขตสุขภาพ																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th></tr><tr><td>ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ</td><td>ร้อยละ</td><td>6.52</td><td>3.07</td><td>4.13</td></tr></table>				Baseline data	หน่วยวัด	การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	6.52	3.07	4.13
Baseline data	หน่วยวัด	การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2564	2565	2566													
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	6.52	3.07	4.13													

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	44. หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) 44.1. หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ระดับจังหวัด 44.2. หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ระดับเขตสุขภาพ 44.3. หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ระดับกรม
คำนิยาม	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T หมายถึง องค์กรที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด สามารถตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยขับเคลื่อนการดำเนินการขององค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ประกอบด้วย T1 Trust หมายถึง การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กร และเครือข่าย T2 Teamwork & Talent หมายถึง การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงาน ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี T3 Technology หมายถึง การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็ว แม่นยำ T4 Target หมายถึง การทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ที่มุ่งผลลัพธ์ในการพัฒนาองค์กร (Result) ให้เกิดกับประชาชน และเพื่อเป็นการยกระดับ พัฒนาองค์กร และขยายผลสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ได้อย่างเป็นรูปธรรม

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T - ระดับกรม (กรมละ 2 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (12 เขต เขตละ 2 แห่ง) - ระดับจังหวัด (76 จังหวัด จังหวัดละ 1 แห่ง)	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T - ระดับกรม (กรมละ 3 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (12 เขต เขตละ 3 แห่ง) - ระดับจังหวัด (76 จังหวัด จังหวัดละ 3 แห่ง)	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T - ระดับกรม (กรมละ 4 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (12 เขต เขตละ 4 แห่ง) - ระดับจังหวัด (76 จังหวัด จังหวัดละ 4 แห่ง)	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T - ระดับกรม (กรมละ 5 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (12 เขต เขตละ 5 แห่ง) - ระดับจังหวัด (76 จังหวัด จังหวัดละ 5 แห่ง)

วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น อย่างเป็นรูปธรรม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1) ส่วนกลาง: กรม และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) 2) ส่วนภูมิภาค: สำนักงานเขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และสสอ. (รวม รพ.สต.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานจัดส่งผลการพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T พร้อมเอกสารหลักฐาน มายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ spd.happymoph@gmail.com			
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A1=จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ระดับจังหวัด			
รายการข้อมูล 2	B1=จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ระดับเขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 3	C1=จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ระดับกรม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ระดับจังหวัด =A1 หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ระดับเขตสุขภาพ =B1 หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ระดับกรม =C1			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
				องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T - ระดับกรม (กรมละ 2 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (12 เขต เขตละ 2 แห่ง) - ระดับจังหวัด (76 จังหวัด จังหวัดละ 1 แห่ง)
วิธีการประเมินผล	1. หน่วยงานมีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T 2. คณะกรรมการบริหาร/คณะทำงานของหน่วยงาน มีการพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ระดับเขตสุขภาพ และระดับกรม			
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T	หน่วยงาน	-	-	-ระดับเขตสุขภาพ 12 เขต จำนวน 50 หน่วยงาน -ระดับกรม 9 กรม จำนวน 68 หน่วยงาน (ข้อมูล ณ 28 กันยายน 2566)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901392 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : - 2. นางอิทธิภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com 3. นางสาวณัฐนรี ชิงจัตุรัส นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com 4. นางสาวจิราพร อิทธิชัยวัฒนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901392 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : - 2. นางอิทธิภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com 3. นางสาวณัฐนรี ชิงจัตุรัส นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com 4. นางสาวจิราพร อิทธิชัยวัฒนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)											
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ											
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส											
ระดับการแสดงผล	ส่วนกลาง											
ชื่อตัวชี้วัด	45. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA											
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐ ได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนัก และปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเอง มากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>94</td><td>94</td><td>94</td><td>95</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	94	94	94	95
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
94	94	94	95									
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม 2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มารับบริการ ประชาชน และสังคมมีส่วนร่วมในการประเมินมากขึ้น											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รวมทั้งสิ้น จำนวน 17 หน่วยงาน ประกอบด้วย 1. ส่วนราชการระดับกรม จำนวน 10 หน่วยงาน 2. หน่วยงานของรัฐในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 หน่วยงาน 3. องค์การมหาชน จำนวน 2 หน่วยงาน 4. รัฐวิสาหกิจ จำนวน 1 หน่วยงาน											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย 17 หน่วยงาน จัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือการประเมิน ITA และตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567			
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	- จัดส่งปฏิทินการประเมิน - จัดการอบรมเกณฑ์การประเมิน ITA 2567	- ลงทะเบียนเข้าใช้งานในระบบ ITAS - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT)	- เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT)	- ศปท. สธ. รายงานผลคะแนนในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 - สรุปรายงานผลการประเมิน
แหล่งข้อมูล	1. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 2. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 3. แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 ขึ้นไป (ใน 1 ปี) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (17 หน่วยงาน)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A / B × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	- จัดส่งปฏิทินการประเมิน - จัดการอบรมเกณฑ์การประเมิน ITA 2567	- ลงทะเบียนเข้าใช้งานในระบบ ITAS - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT)	- เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT)	- รายงานผลคะแนนในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 - สรุปรายงานผลการประเมิน
วิธีการประเมินผล :	1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) แบบวัดการ			

	รับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) ตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช.ในระบบ ITAS ไตรมาสที่ 2 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูลแบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) ตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช.ในระบบ ITAS ไตรมาสที่ 3 3. รายงานในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ในไตรมาสที่ 4 4. สรุปรายงานผลการประเมิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ในไตรมาสที่ 4				
เอกสารสนับสนุน :	1. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 2. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 3. แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) 4. ระบบ ITAS (Integrity and Transparency Assessment System) 5. คู่มือการประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของสำนักงาน ป.ป.ช				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	100 (17 หน่วยงาน) ผ่านเกณฑ์	76.47 (17 หน่วยงาน) ไม่ผ่านเกณฑ์	64.70 (17 หน่วยงาน) ไม่ผ่านเกณฑ์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com สถานที่ทำงาน ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com สถานที่ทำงาน ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)											
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ											
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส											
ระดับการแสดงผล	กรม/จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	46. ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน											
คำนิยาม	ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันพระบรมราชชนก การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายถึง หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการตรวจสอบตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 มาตรา 79 บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. การตรวจสอบ หมายถึง การปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบภายในภาครัฐตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2. ประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายถึง การประเมินผลการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติ การควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>84</td><td>86</td><td>88</td><td>90</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	84	86	88	90
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
84	86	88	90									
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลัง พ.ศ. 2561 มาตรา 79 2. เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 3. เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. การตรวจสอบ ประกอบด้วย 1.1 ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (10 หน่วยงาน) ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันพระบรมราชชนก 1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 จังหวัด) 2. การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ประกอบด้วย 2.1 ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (10 หน่วยงาน) ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันพระบรมราชชนก 2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 จังหวัด)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การตรวจสอบ โดย - ผลการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. 2567 ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ประเมินผลระบบการควบคุมภายใน โดย - ผลการประเมินผลการจัดวางระบบการควบคุมภายใน โดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินผลการควบคุมภายใน - ส่งข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามที่กำหนด 3. รายงานผล รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน เสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (10 หน่วยงาน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 จังหวัด)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินได้ร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือระดับคะแนน 4
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2566 - กันยายน 2567

เกณฑ์การประเมิน :

การตรวจสอบ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ชี้แจงแนวทาง ส่วนราชการและ หน่วยงานสังกัดกระทรวง สาธารณสุขในการ ดำเนินการ - รวบรวมแผน การตรวจสอบภายใน ประจำปี พ.ศ. 2567 ของส่วนราชการและ หน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	รวบรวม วิเคราะห์ สรุปการตรวจสอบภายใน ของส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	รวบรวม วิเคราะห์สรุป การตรวจสอบภายใน ของส่วนราชการและ หน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	ส่วนราชการและ หน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 84

การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ชี้แจงแนวทาง ส่วนราชการและ หน่วยงานสังกัดกระทรวง สาธารณสุขในการ ดำเนินการ - จัดทำแนวทางการ ประเมินผลระบบการ ควบคุมภายใน	ติดตามการจัดส่งผลการ ประเมินการจัดวางระบบ การควบคุมภายใน ระดับ องค์การ ตามแนวทางที่ กระทรวงการคลังและ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด	- ลงพื้นที่สุ่มประเมิน หน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข - ตรวจสอบและ ประเมินผลในระบบ สารสนเทศ	ส่วนราชการและ หน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 84

วิธีการประเมินผล :

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ระดับที่ 1 - 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์
 เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

การตรวจสอบ

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	จัดส่งแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ.2567 ที่ได้รับอนุมัติจากหัวหน้าหน่วยงาน	1
2	ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์ฯ ที่กระทรวงการคลังกำหนด ครบทุกหน่วยงานรอบ 6 เดือน แรก (สิ้นสุด วันที่ 31 มีนาคม 2567) ตามแผนการตรวจสอบภายในที่กำหนด	2
3	สรุปผลการตรวจสอบภายในรอบ 6 เดือนเสนอ หัวหน้าหน่วยงาน	3

	4	- ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์ฯ ที่กระทรวงการคลังกำหนด ครบทุกหน่วยงานรอบ 6 เดือนหลัง (สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567) ตามแผนการตรวจสอบภายในที่กำหนด - เอกสารการปรับแผนการตรวจสอบภายใน (ถ้ามี)	4
	5	สรุปผลการตรวจสอบภายในรอบ 12 เดือนเสนอ หัวหน้าหน่วยงาน	5
	ประเมินระบบการควบคุมภายใน		
	ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
	1	กำหนดผู้รับผิดชอบการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน	1
	2	จัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ระดับองค์กร) โดย - หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค.1) - รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค.4) - รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค.5) - รายงานผลการติดตามรายงานประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค.5) - รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปค.6) แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้องตามแนวทาง : หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561	2
	3	จัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่กำหนด	3
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ	4
	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายใน	5
	เอกสารสนับสนุน :		
	หนังสือแนวทาง : 1. พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 2. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 3. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	-	88.40	87.80
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ชื่อ – สกุล นางสาวรณมล อยู่ขนาด ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1545 โทรศัพท์มือถือ : 09 20246 0751 โทรสาร : 0 2590 1545 E-mail : wanon2512@hotmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นางณัฐนิชา กลัมพสุต ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 08 8091 4748 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : nkalumpasut@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. นางสาวกนกวรรณ ธรรมศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2342 โทรศัพท์มือถือ : 08 6363 5922 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : babe_phattalung@hotmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางณัฐนิชา กลัมพสุต ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 08 8091 4748 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : nkalumpasut@gmail.com3 สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2.นายวรพจน์ จันทรวงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ 09 1566 6547 โทรสาร 0 2590 2337 E-mail : Worapodc5@outlook.com สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. นายสุทธิพงษ์ สาคร ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 9219 8714 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : suttipongsakorn@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)									
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ									
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ									
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต									
ชื่อตัวชี้วัด	47. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด									
คำนิยาม	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้ 1. กองส่วนกลาง จำนวน 12 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2566- 2570 ดังนี้ 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th><th>หมวดที่โดดเด่น</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2566</td><td>หมวด 2 และเลือก 1 หมวด</td></tr> <tr> <td>2567</td><td rowspan="4">หน่วยเลือกดำเนินการตาม หมวดที่พร้อม ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)</td></tr> <tr> <td>2568</td></tr> <tr> <td>2569</td></tr> <tr> <td>2570</td></tr> </tbody> </table> 3. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการตามหัวข้อเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับหมวดที่เลือกดำเนินการ 5. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 6. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์กร โดยสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความโดดเด่น	พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น	2566	หมวด 2 และเลือก 1 หมวด	2567	หน่วยเลือกดำเนินการตาม หมวดที่พร้อม ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)	2568	2569	2570
พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น									
2566	หมวด 2 และเลือก 1 หมวด									
2567	หน่วยเลือกดำเนินการตาม หมวดที่พร้อม ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)									
2568										
2569										
2570										

	รายนามตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยมีขั้นตอนการพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สมบูรณ์ประกอบด้วย 1) การตั้งรับปัญหา (0-25%) การปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมมากกว่าเป็นกระบวนการ และส่วนสำคัญจะตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้าขาดการกำหนดเป้าประสงค์ที่ดี 2) แนวทางที่เริ่มเป็นระบบ (30-45%) ส่วนราชการเพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติการต่างๆ ด้วยการใช้กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ มีการประเมินผล มีการปรับปรุง และเริ่มมีการประสานงานบ้างระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในส่วนราชการ มีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์เชิงปริมาณ 3) แนวทางสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (50-65%) การปฏิบัติการมีลักษณะเป็นกระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับปรุง โดยมีการแบ่งปันการเรียนรู้และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในส่วนราชการ กระบวนการตอบสนองยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์สำคัญของส่วนราชการ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินดังกล่าว และจะมีผู้ตรวจประเมิน ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ให้ส่วนราชการ เพื่อแสดงผลการรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละปี				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริหาร)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริหาร)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริหาร)				
รายการข้อมูล	A = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองส่วนกลาง 12 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่ง) ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (88 แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) X 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67 2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67 3. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัด หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อโดยเพิ่มตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการตามหัวข้อเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัดรวม 36 ตัวชี้วัด และต้องสอดคล้องกับหมวดที่เลือกดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) และจัดส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67	1. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 เม.ย.67 2. ส่วนราชการ (สสจ. และ ส่วนกลาง) จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ (แบบฟอร์ม 5.2) รอบ 6 เดือน จัดส่งภายในวันที่ 4 เม.ย.67 3. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมผู้ตรวจประเมิน	1. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 ก.ค.67 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน 3. ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจประเมินผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA	1. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 26 ก.ย.67 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 12 เดือน

วิธีการประเมินผล :

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																							
1	■ ส่วนราชการ(สสจ.และส่วนกลาง) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วนส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67 <table><tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>0.10 คะแนน</th><th>0.20 คะแนน</th><th>0.30 คะแนน</th><th>0.40 คะแนน</th><th>0.5 คะแนน</th></tr><tr><td>5 คำถาม</td><td>7 คำถาม</td><td>9 คำถาม</td><td>11 คำถาม</td><td>13 คำถาม</td></tr></table> เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.10 คะแนน (interval) ■ ส่วนราชการ (สสจ.และส่วนกลาง) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวด 1 – 6 ได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67 <table><tr><th rowspan="2">โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>0.20 คะแนน</th><th>0.5 คะแนน</th></tr><tr><td>หมวด 1-6</td><td>ไม่ครบ 6 หมวด</td><td>ครบ 6 หมวด</td></tr></table>	เกณฑ์การให้คะแนน					0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.5 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม	โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน		0.20 คะแนน	0.5 คะแนน	หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด
เกณฑ์การให้คะแนน																								
0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.5 คะแนน																				
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม																				
โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	0.20 คะแนน	0.5 คะแนน																						
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด																						

เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			พ.ศ.2564	พ.ศ.2565	2566
	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	71.59 (ผ่านเกณฑ์ 63 หน่วยงาน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายจิตชนินทร์ นิยมไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 089-7255199 E-mail: jitchaninn@hotmail.com		
	2. น.ส.อังคณาค์ หัวเมืองวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 E-mail: j.lkung1038@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสิริพร สมเชื้อ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901018 โทรสาร :02-5901406		ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-9316087 E-mail : somchue12@yahoo.co.th		

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	48. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 48.1. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 48.2. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 48.3. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
คำนิยาม	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 12 เขตสุขภาพ จำนวน 127 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 เมษายน 2566) - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 50 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 762 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 เมษายน 2566) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงที่เปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้ - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน A-HA หรือ Advanced HA คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (A-HA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนาที่มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ชั้น 3 หรือ Re-Accreditation หรือ Advanced HA โดยมีเงื่อนไขดังนี้ 1. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3 หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ เช่น R1, R2, R3 เป็นต้น หรือ Advanced HA (A-HA) 2. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3e อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ ที่ผลการรับรองหมดอายุ (e) เช่น R1e, R2e R3e เป็นต้น แต่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ A-HAe ที่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง

เกณฑ์เป้าหมาย :

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
2. โรงพยาบาลสังกัดกรม การแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
3. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้ รพศ. รพท. และ รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ HA ชั้น 3 มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการใน รพศ. รพท. และ รพช. ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีความรู้ด้านคุณภาพตามมาตรฐานบริการ 3. เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และนำข้อมูลมาพัฒนาและบูรณาการการทำงานร่วมกับกลุ่มงานภายในกองบริหารการสาธารณสุข 4. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ชั้น 1-3 และ Advanced-HA
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ชั้น 1-3 และ Advanced-HA
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ + A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 127 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิตที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ + A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 50 แห่ง

รายการข้อมูล 5	E = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรอง ขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ + A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ				
รายการข้อมูล 6	F = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 762 แห่ง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	48.1. = (A/B) × 100 48.2. = (C/D) × 100 48.3. = (E/F) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ประเภท		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข		ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต		ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข		ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00	ร้อยละ 91.00	ร้อยละ 92.00
วิธีการประเมินผล :	เงื่อนไข : 1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 127 แห่ง 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 50 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง (ไม่รวมสถาบันโรคผิวหนังเนื่องจากอยู่ระหว่างขอรับการประเมินชั้น 3) และโรงพยาบาลเวชารักษ์ลำปางเนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่) - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 19 แห่ง (ไม่รวมโรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่) 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 762 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 เมษายน 2566) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) 4. ผ่านการรับรอง HA ชั้น3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรอง ขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ				
เอกสารสนับสนุน :	เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาล ตามมาตรฐาน HA ชั้น 1-3 และ Advanced-HA				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 98.32 (117 / 119แห่ง) ณ 30 ก.ย.64	ร้อยละ 100.00 (121/ 121แห่ง) ณ 31 พ.ค.65	ร้อยละ 99.21 (125/ 126แห่ง) ณ 31 พ.ค.66	
	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 100.00 (48 / 48 แห่ง) ณ 30 ก.ย.64	ร้อยละ 100.00 (49/ 49 แห่ง) ณ 31 พ.ค.65	ร้อยละ 100.00 (50/ 50 แห่ง) ณ 31 พ.ค.66	
	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 88.11 (652 / 740แห่ง) ณ 30 ก.ย.64	ร้อยละ 92.41 (694/ 751แห่ง) ณ 31 พ.ค.65	ร้อยละ 92.59 (686/ 749แห่ง) ณ 31 พ.ค.66	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรสาร : 0 2590 1631 2. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 4. นางสาวสุชาดา ชำมสี โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 กรมการแพทย์ 1. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6132 โทรสาร : 0 2591 8234 2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6138 โทรสาร : 0 2591 8234 3 นางสาวกัลยณัฐ วงษ์ขุนไกล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6136 โทรสาร : 0 2591 8234 กรมควบคุมโรค 1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3395 โทรสาร : 0 2590 3268 รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 E-mail : Nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 E-mail : suchada.kms@gmail.com โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 2935 9893 E-mail : saraban_psd@dms.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 08 1696 9942 E-mail : saraban_psd@dms.mail.go.th ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 08 1640 9393 E-mail : jama_pin@hotmail.com					

	2. นายธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3347 โทรสาร : 0 2590 3348 กรมสุขภาพจิต 1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8207 โทรสาร : 0 2149 5533 2. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : 0 2149 5533 3. นางณัฐยาณ์ พงศ์พียะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8225 โทรสาร : 0 2149 5533	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 2446 6539 E-mail : tod_114@hotmail.com ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต โทรศัพท์มือถือ : 08 6732 3712 E-mail : burinsura@hotmail.com นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 09 0197 9302 E-mail : standard.dmh@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ 08 1551 2496 E-mail : standard.dmh@gmail.com
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรสาร : 0 2590 1631 2. นางณัฐจิณา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 4. นางสาวสุชาดา ชำมสี โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 E-mail : Nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 E-mail : suchada.kms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรสาร : 0 2590 1631 2. นางณัฐจิณา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 4. นางสาวสุชาดา ชำมสี โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 E-mail : Nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 E-mail : suchada.kms@gmail.com

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	49. ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) 49.1 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) 49.1.1 ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) 49.1.2 ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) 49.2 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) 49.2.1 ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) 49.2.2 ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best)			
คำนิยาม	การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง 3 ด้าน 1. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การพัฒนาและปรับปรุงสถานบริการทั้งภายใน และภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัย ได้มาตรฐาน เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และสร้างความสะดวกสบายให้กับผู้รับบริการ 2. ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มความสะดวก รวดเร็วให้กับผู้มารับบริการ รวมทั้งเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ 3. บริการอย่างมืออาชีพ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างมืออาชีพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มุ่งมั่นในการให้บริการ ลดข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ สร้างความพึงพอใจและความรู้สึกพิเศษให้กับผู้รับบริการ			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
49.1 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)				
รายการ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	67	68	69	70
รพศ./รพท.	80	85	90	95
รพช.	80	85	90	95

49.2 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)				
รายการ	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
รพศ./รพท.	30	40	50	60
รพช.	10	15	20	25
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ มีความสะอาด ปลอดภัย ทันสมัยทั้งทางด้านโครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการเพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 903 แห่ง แบ่งเป็น - กลุ่มระดับ รพศ./รพท. จำนวน 127 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 776 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ประเมิน สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) และบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. สำนักงานเขตสุขภาพเป็นผู้ประเมิน สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) และบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลภายในระยะเวลาที่กำหนด 3. กองบริหารการสาธารณสุข ตรวจสอบข้อมูล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพรวม			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 – 12 และ แบบรายงานผลการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) A2 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) A3 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) A4 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best)			
รายการข้อมูล 2	B1 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพศ./รพท. จำนวน 127 แห่ง B2 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพช. จำนวน 776 แห่ง B3 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) B4 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	49.1 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ระดับ รพศ./รพท. (The must) = $(A1/B1) \times 100$ ระดับ รพช. (The must) = $(A2/B2) \times 100$ 49.2 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) ระดับ รพศ./รพท. (The best) = $(A3/B3) \times 100$ ระดับ รพช. (The best) = $(A4/B4) \times 100$			

ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน					
เกณฑ์การประเมิน :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
รอบ 12เดือน						
- แนวทางการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS ฉบับปรับปรุงปีงบประมาณ 2567		- สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 - สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ระดับ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 - สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ระดับ รพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5		- สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60		
				- สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 - สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ระดับ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 - สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ระดับ รพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10		
วิธีการประเมินผล :		1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานเขตสุขภาพ ประเมินสถานบริการฯ ตามเกณฑ์การประเมินสถานบริการฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) และขั้นสูง (The best) 2. ผลการดำเนินงานรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :		1. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 2. เกณฑ์การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ขั้นพื้นฐาน (The must) และขั้นสูง (The best)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2564	2565	2566
		สถานบริการ สังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ	-	รพศ./รพท. ร้อยละ 91.27 รพช. ร้อยละ 86.19	รพศ./รพท. ร้อยละ 96.85 รพช. ร้อยละ 91.75
		สถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	จำนวน/เขตสุขภาพ	-	17 แห่ง (ครบ 12 เขตสุขภาพ)	43 แห่ง (ครบ 12 เขตสุขภาพ)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 829625 E-mail : kavalinc@hotmail.com - นางณัฐธิญา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 087 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com - นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089 4909322 E-mail : nudchanad.p@moph.mail.go.th - นางสาวฐานมาศ เกษเพ็ชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 097 1694535 E-mail : thanamas58@gmail.com - นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095 6099869 E-mail : siwaporn.moph@gmail.com - นางสาวพลอยไพลิน ศรีศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084 3373581 E-mail : p_pailin13@hotmail.com - นางสาวจุฑามาศ ทองสมนึก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 2358844 E-mail : specialthings.gift@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - นางสาวจุฑามาศ ทองสมนึก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 2358844 E-mail : specialthings.gift@gmail.com - นางสาวฐานมาศ เกษเพ็ชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 097 1694535 E-mail : thanamas58@gmail.com - นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095 6099869 E-mail : siwaporn.moph@gmail.com - นางสาวพลอยไพลิน ศรีศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084 3373581 E-mail : p_pailin13@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการดำเนินงาน	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นางสาวจุฑามาศ ทองสมนึก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 2358844 E-mail : specialthings.gift@gmail.com

	2. นางสาวฐานมาศ เกษเพ็ชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 3. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 4. นางสาวพลอยไพลิน ศรีศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 097 1694535 E-mail : thanamas58@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095 6099869 E-mail : siwaporn.moph@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084 3373581 E-mail : p_pailin13@hotmail.com
--	--	---

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	50. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์และบริบทของพื้นที่ ตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ให้บริการด้วยกระบวนการที่เป็นมาตรฐานอย่างน้อยประกอบด้วย ดังนี้ 1. กระบวนการให้บริการมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ 2. ปฏิบัติด้วยความรอบคอบภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และทำการบันทึก RoPA (กิจกรรมการประมวลผลขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรา 39 พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562) 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ ได้ตามสิทธิ 4. บันทึกข้อมูลการให้บริการฯ ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)” และจัดส่งข้อมูลบริการฯ ดังกล่าวเข้าสู่คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) 5. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้ 6. มีจำนวนครั้งการให้บริการฯ ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง หน่วยบริการ หรือ รพ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไป / ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ 1. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่ 2. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อระบบบันทึกการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) 4. หน่วยบริการจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล 5. หน่วยบริการจัดทำรายงานสิ้นปีแสดงสถิติจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการคำนวณร้อยละของตัวชี้วัดในปีงบประมาณถัดไป 6. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัดติดตามและกำกับดูแลหน่วยบริการให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรฐานแฟ้ม อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสที่มีการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ 2564
(<https://bps.moph.go.th/healthdata/standardcode43v2-415oct19/>)

รหัสที่ใช้บันทึก	รายละเอียด	หมายเหตุ
1	มารับบริการเอง	
2	มารับบริการตามนัดหมาย	
3	ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น	
4	ได้รับการส่งต่อจากบริการ EMS	
5	รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)	ปรับเพิ่มจากศูนย์มาตรฐาน รหัสฯ กยผ. (พ.ศ. 2564)

แนวทางการตรวจ ติดตาม

1. ศทส. ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงานในเว็บไซต์ <https://hdcservice.moph.go.th>
2. สำนักงานเขตสุขภาพ รวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (เกณฑ์ให้บริการฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด)	จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (เกณฑ์ให้บริการฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด)	จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (เกณฑ์ให้บริการฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด)

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ได้มากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการส่งข้อมูลจำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ รหัส 5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)) ไปยังระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center)
แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th -
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ 1) ผลคำนวณเป็น 0 ให้ปัดเป็น 1 2) ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับจังหวัด: ประเมินจำนวนครั้งการให้บริการฯ ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ระดับเขตสุขภาพ: ประเมินจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการฯ ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ โดยเป้าหมายร้อยละ 60 ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ระดับประเทศ: ประเมินจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการฯ ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด โดยเป้าหมายร้อยละ 60 ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ระดับจังหวัด

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
มีจำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ ทางไกลใน HDCService	มีจำนวนครั้ง การให้บริการ การแพทย์ ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจาก ไตรมาสแรก	มีจำนวนครั้ง การให้บริการ การแพทย์ ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจาก ไตรมาสสอง	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService					
			คะแนน	1	2	3	4	5
			ไม่น้อยกว่า	2,100 ครั้ง	2,450 ครั้ง	2,800 ครั้ง	3,150 ครั้ง	3,500 ครั้ง

ระดับเขตสุขภาพ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
มีจำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ทางไกล ใน HDCService	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้น จากไตรมาสแรก	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้น จากไตรมาสสอง	มีจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัด ทั้งหมดในเขตสุขภาพ					
			คะแนน	1	2	3	4	5
			ไม่น้อยกว่า ร้อยละ	20	30	40	50	60

ระดับประเทศ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
มีจำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ทางไกล ใน HDCService	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้น จากไตรมาสแรก	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้น จากไตรมาสสอง	มีจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัด ทั้งหมด					
			คะแนน	1	2	3	4	5
			ไม่น้อยกว่า ร้อยละ	20	30	40	50	60

วิธีการประเมินผล :	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามโดยคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด 2. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของสำนักงานเขตสุขภาพ และ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายไอที ผ่านระบบประชุมทางไกล 3. ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงานในเว็บไซต์ https://hdcservice.moph.go.th				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 Version 2.4 รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ https://hdata.moph.go.th/site/?page_id=84				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	จำนวนครั้งของการให้บริการ การแพทย์ทางไกล	จำนวน	-	-	397,531 ครั้ง
	จังหวัดที่มีจำนวนครั้งการ บริการการแพทย์ทางไกลตาม เกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง	จังหวัด	-	-	39 จังหวัด
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	51. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT
คำนิยาม	โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus) ยื่นขอรับรอง HAIT หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอน และได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทุกระดับการขอรับรอง การดำเนินการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอรับรองการตรวจประเมินตามที่สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI) กำหนด ดังต่อไปนี้ <u>ขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม</u> 1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยม ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจเยี่ยมฯ 2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจเยี่ยม พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 3. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1-2 วัน 5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยม เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจเยี่ยมสมาคม TMI 6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI <u>ขั้นตอนขอรับรองการตรวจประเมิน</u> 1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจประเมิน ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจประเมินฯ 2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจประเมิน พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 3. สมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ

	4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจประเมินอย่างน้อย 1-2 วัน 5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจประเมิน เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจประเมิน 6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI								
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจเยี่ยม หรือตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รวมกับจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองผลการประเมินผ่านเกณฑ์ HAIT แล้วและยังมีอายุการรับรองคงเหลือไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เทียบกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่เปิดให้บริการ <table><tr><th>ปีงบประมาณ 67</th><th>ปีงบประมาณ 68</th><th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr><tr><td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 (ประมาณ 100 แห่ง)</td><td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 (ประมาณ 200 แห่ง)</td><td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 (ประมาณ 300 แห่ง)</td><td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 (ประมาณ 400 แห่ง)</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 (ประมาณ 100 แห่ง)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 (ประมาณ 200 แห่ง)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 (ประมาณ 300 แห่ง)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 (ประมาณ 400 แห่ง)
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 (ประมาณ 100 แห่ง)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 (ประมาณ 200 แห่ง)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 (ประมาณ 300 แห่ง)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 (ประมาณ 400 แห่ง)						
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้ได้มาตรฐาน HAIT ตามความเหมาะสมกับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล 2. เพื่อลดความเสี่ยงในการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข 3. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และภาพลักษณ์ในการใช้บริการด้านสาธารณสุข 4. เพื่อให้โรงพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล สามารถนำไปต่อยอดหรือปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สมาคม TMI ตรวจสอบจำนวนโรงพยาบาล ที่ได้รับการเยี่ยมหรือได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ประสานสมาคม TMI รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานในระดับภาพรวมจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ								
แหล่งข้อมูล	สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจเยี่ยม หรือตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองผลการประเมินผ่านเกณฑ์ HAIT แล้วและยังมีอายุการรับรองคงเหลือไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567								
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่เปิดให้บริการ (ข้อมูล ณ 3 ต.ค. 66 จำนวน 902 แห่ง)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+B) / C) \times 100$ หมายเหตุ 1) ผลคำนวณเป็น 0 ให้ปัดเป็น 1 2) ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น								
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน								

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับจังหวัด: มีจำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง (ได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด กรณีคำนวณได้ค่า 0 ให้ปัดเป็น 1 แห่ง คิดเป็นคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ระดับเขตสุขภาพ: มีจำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง (ได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในเขตสุขภาพ คิดเป็นคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ระดับประเทศ: มีจำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง (ได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด คิดเป็นคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ปี 2567 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรอง	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรองเพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรองเพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง	มีจำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง (ได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

วิธีการประเมินผล :

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร แสดงรายงานจำนวน และรายชื่อโรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมหรือได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI จำแนกในระดับภาพรวมจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ ที่เว็บไซต์ <https://ict.moph.go.th>

เอกสารสนับสนุน :

1. กรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2)
 2. TMI Hospital IT Maturity Model v1.1
- *ข้อ 1 และ 2 สามารถดาวน์โหลดที่ <https://tmi.or.th/downloads/>
3. หนังสือ “แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT) ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2566

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน HAIT	แห่ง	3	10	N/A

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวสุธาทิพย์ คล้ายเหล็ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
โทรศัพท์ : 0 2590 1213 E-mail: khilaileng@moph.mail.go.th
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
2. นางสาวสุวันทนา เสมอเนตร ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ
โทรศัพท์ : 0 2590 1213 E-mail: ictmoph@moph.go.th
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)

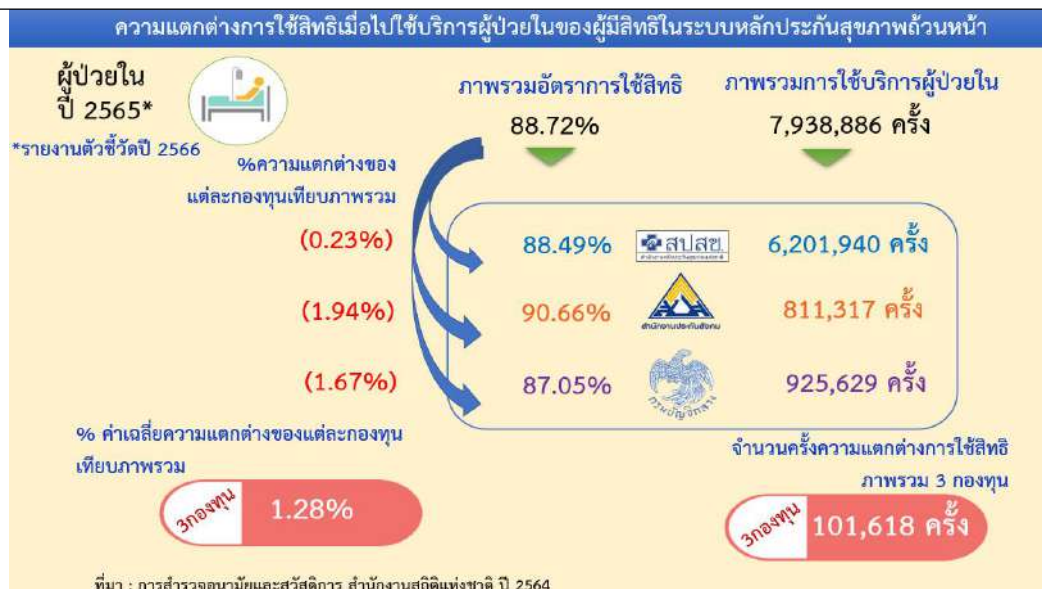
1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1208 E-mail : ictmoph@moph.go.th

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 E-mail: ictmoph@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร 2. นางสาวศิริพร เกร็ดฤกษ์ นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 087-0712746 E-mail: siriporn.pare@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
--	--

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนงานที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	52. ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)				
คำนิยาม	อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ไปใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71
	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ ▪ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ▪ ระบบประกันสังคม (SSS) ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีคู่ ได้ผลการวิเคราะห์ในปีถัดไป เช่น ผลสำรวจฯ ในปี 2564 จะรายงานในปี 2565 และ 2566 ผลสำรวจในปี 2566 จะรายงานในปี 2567 และ 2568)				
แหล่งข้อมูล	สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ				
รายการข้อมูล 1	1.1 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): CR-UCS 1.2 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบประกันสังคม (SSS): CR-SSS 1.3 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS): CR-CSMBS 1.4 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ: CR-Total				
รายการข้อมูล 2	ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ 2.1 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) 2.2 ระบบประกันสังคม (SSS): Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), 2.3 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total)				

รายการข้อมูล 3	3. ค่าเฉลี่ยของ ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ: ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) }								
รายการข้อมูล 4	4.1 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): UR-IP-UCS 4.2 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบประกันสังคม (SSS): UR-IP-SSS 4.3 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS): UR-IP-CSMBS 4.4 ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ: ผลรวม {UR-IP-UCS, UR-IP-SSS, UR-IP-CSMBS}								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ของค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ คูณ ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ : ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } * { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS }								
ระยะเวลาประเมินผล	สิ้นปีงบประมาณ								
เกณฑ์การประเมิน :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง						
วิธีการประเมินผล :	1. อัตราความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate) ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } <=1.5% 2. จำนวนครั้งความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } * { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS } <= 112,800 ครั้ง								
เอกสารสนับสนุน :									

รายละเอียดข้อมูล
พื้นฐาน



รายการ1

ปี	63*	64*	65**	66**
CR-UCS	85.26%	85.26%	88.49%	88.49%
CR-SSS	87.36%	87.36%	90.66%	90.66%
CR-CSMBS	92.34%	92.34%	87.05%	87.05%
CR-Total	86.15%	86.15%	88.72%	88.72%

รายการ2

อัตราร้อยละ	63*	64*	65**	66**
Absolute Diff (CR-UCS, CR-total)	0.89%	0.89%	0.23%	0.23%
Absolute Diff (CR-SSS, CR-total)	1.21%	1.21%	1.94%	1.94%
Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-total)	6.19%	6.19%	1.67%	1.67%
รายการ3: ความแตกต่างอัตราการ ใช้สิทธิ (Compliance Rate)	2.76%	2.76%	1.28%	1.28%

หมายเหตุ: ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey)

โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปี) ได้ผลการวิเคราะห์ในปีถัดไป

* ผลสำรวจ ในปี 2562 จะรายงานตัวชีวิตในปี 2563 และ 2564

**ผลสำรวจ ในปี 2564 จะรายงานตัวชีวิตในปี 2565 และ 2566 และผลสำรวจในปี 2566 จะรายงานตัวชีวิตในปี 2567 และ 2568)

รายการ 4

จำนวนครั้ง	จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) จำแนกตามสิทธิ			
	ผลบริการปี 62 รายงานปี 63	ผลบริการปี 63 รายงานปี 64	ผลบริการปี 64 รายงานปี 65	ผลบริการปี 65 รายงานปี 66
UR-IP_UCS	6,299,512	5,853,006	5,811,123	6,201,940
UR-IP-SSS	868,358	811,317	811,317	811,317
UR-IP-CSMBS	790,765	745,991	704,178	925,629
UR-IP-Total	7,958,635	7,410,314	7,326,618	7,938,886

หมายเหตุ: รายงานตัวชี้วัดในปีปัจจุบัน จะใช้จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ย้อนหลัง 1 ปี เนื่องจากการวิเคราะห์จะแล้วเสร็จในปีถัดไป

รายการ 5

จำนวนครั้ง	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด			
	2563	2564	2565	2566
ค่าเฉลี่ยอัตราความแตกต่างการใช้สิทธิ * ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ของทั้ง 3 ระบบ	219,924	204,772	93,781	101,618

ผู้ให้ข้อมูลทาง
วิชาการ/ผู้ประสาน
งานตัวชี้วัด

ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เภาวะบุญพัฒน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708
โทรสาร : E-mail : amornrat.n@nhso.go.th
สถานที่ทำงาน : สปสช.

หน่วยงาน
ประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เภาวะบุญพัฒน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708
โทรสาร : E-mail : amornrat.n@nhso.go.th
สถานที่ทำงาน : สปสช.

ผู้รับผิดชอบการ
รายงานผลการ
ดำเนินงาน

ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เภาวะบุญพัฒน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708
โทรสาร : E-mail : amornrat.n@nhso.go.th
สถานที่ทำงาน : สปสช.

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาล/จังหวัด/เขต
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 53.1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7) 53.2. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน 5. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้ 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ 1.1 CR < 1.5 1.2 QR < 1.0 1.3 Cash < 0.8 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < 0 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน *โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าว 4 มาใช้ในการ

จัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้ ระดับ 0 - 1 ปกติ ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้				
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71
ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส			
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 901 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	53.1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7) $(A / C) \times 100$ 53.2. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6) $(B / C) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			

เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
รอบ 12 เดือน					
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน		ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน		ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน	
ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0		ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0		ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	
ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0		ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0		ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	
วิธีการประเมินผล :		การวัด/วิเคราะห์			
เอกสารสนับสนุน :		รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	54. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้ 2. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม 3. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภทได้แก่ 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอบการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น 4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น 4. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดี

	และมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ) 5. การผลิต หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ 6. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้ 1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชั้นสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น 2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น 3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล								
เกณฑ์เป้าหมาย : <table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 17 เรื่อง</td><td>จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 19 เรื่อง</td><td>จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 21 เรื่อง</td><td>จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 24 เรื่อง</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 17 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 19 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 21 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 24 เรื่อง
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 17 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 19 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 21 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 24 เรื่อง						
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์								

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนและชุมชน 2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. นักวิจัย 4. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \geq 17$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2567 อย่างน้อย 1 แผน	- จัดทำรายงานผล ความก้าวหน้าการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น /หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการ ถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สํารวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ สำเร็จใน ปีงบประมาณ 2567 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพ ทย อย่างต่อเนื่องจาก ฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา	- จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะ เสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็น ข้อมูลประกอบการ พิจารณาเชิงนโยบาย ในการถ่ายทอด นวัตกรรมสู่การใช้ ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนา ต่อยอด อย่างน้อย 17 เรื่อง

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
--------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	-
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2564	2565	2566
		จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	เรื่อง	15	17	20

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวประไพ วงศ์สินคังมัน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์
--	---

	หัวหน้าสำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2951 0000 ต่อ 99359 โทรศัพท์มือถือ: 0955179718 โทรสาร : 0 2951 1297 E-mail: prapai.w@dmsc.mail.go.th สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2.นางสาวนันทวรรณ เมฆา ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99014 โทรศัพท์มือถือ : 0893184596 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: nanthawan.m@dmsc.mail.go.th สถานที่ทำงาน กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2589 9850 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : 0816466620 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th นายจุมพต สังข์ทอง รักษาการแทนในตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กลุ่มวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2589 9850 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : 0818556811 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th นางสาวศิริรัตน์ อินตะวิชัย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2589 9850 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : 0881991415 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th นายจุลภัทร คงเจริญกิจกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2589 9850 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : 0814308822 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th สถานที่ทำงาน กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์



งานข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพ 2



กลุ่มข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพ



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



02 590 1503



data.healthkpi@gmail.com