M2.4

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์/บอร์ดประชาสัมพันธ์ ของหน่วยงาน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ชื่อหน่วยงาน:.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

วัน/เดือน/ปี :วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๗

หัวข้อ: หน่วยบริการมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน หัวข้อที่ ๙ แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานทุกแผน)

รายละเอียดข้อมูล(โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

- แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานทุกแผน)

Link ภายนอก : ไม่มี

หมายเหตุ .....

.....

.....

.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

นายจิรายุ ทินจอง
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง (ด้านบริหาร)
วันที่.....๑๗...เดือน..ธันวาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้อนุมัติรับรอง

(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง
วันที่.. ๑๗...เดือน..ธันวาคม..พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

นางสาวณัฐธิดา ไทยอ่อน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่.. ๑๗...เดือน..ธันวาคม..พ.ศ. ๒๕๖๗

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : **ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)**
แผนงานที่ ๑ : **การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการ : **โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย**
ตัวชี้วัด : ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
๒. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
๓. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓
๓.๑ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มวัยแม่และเด็ก	๑.มารดาไม่เสียชีวิต ๒.ลดอัตราการพร่องสารไอโอดีนในทารกแรกเกิด ๓.ลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย	**๑. กิจกรรมแต่งตั้ง/ทบทวนคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก**	- เพื่อกำหนดคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ วางแผนการดำเนินงาน	๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและคณะกรรมการขับเคลื่อนงานมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ๒. ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ/รพ.และ รพ.สต.	- มีการจัดตั้งขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	ก.พ.-เม.ย. ๖๗	บูรณาการโครงการพัฒนาบริการการดูแลคุณภาพชีวิต กลุ่มแม่และเด็ก คปสอ.ศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗ - ไม่ใช้งบประมาณ	ดารุณี/จันทร์นภา/ณัฐธิดา
		๒. โครงการพัฒนาบริการการดูแลคุณภาพชีวิต กลุ่มแม่และเด็ก อ.ศรีบุญเรือง จ.หนองบัวลำภู ปี ๒๕๖๗ **<u>กิจกรรม</u>** - ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก แกนนำหมู่บ้านและภาคีเครือข่าย	๑. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ผู้รับผิดชอบงานแกนนำหมู่บ้านและภาคีเครือข่าย ๒. เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลคุณภาพชีวิต กลุ่มแม่และเด็กตามมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ	๑. ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก รพ.สต. ๑๘ แห่งๆ ละ ๒ คน จำนวน ๓๖ คน ๒. คณะกรรมการ PCT สูติกรรมและกุมารเวชกรรม รพ. จำนวน ๔๐ คน **รวมจำนวน ๗๖ คน**	๑.ร้อยละ ๙๕ ของผู้รับผิดชอบงานและภาคีเครือข่ายมีความรู้และปฏิบัติได้ตามมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ ๒.ไม่มีมารดาและทารกเสียชีวิต ๓.อัตราทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม น้อยกว่าร้อยละ ๗	ก.พ.-พ.ค. ๖๗	๑. ค่าอาหารกลางวัน ๗๖ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๗,๖๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๗๖ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๓,๘๐๐ บาท ๓. ค่าวัสดุประชุมเชิงปฏิบัติการ = ๑,๐๐๐ บาท ๔. ค่าถ่ายเอกสาร จำนวน ๗๖ ชุด x ๕๐ บาท = ๓,๘๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๖,๒๐๐ บาท**	ดารุณี/จันทร์นภา/ณัฐธิดา

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
					๔. อัตราทารกแรกเกิดอายุ ๒ วันขึ้นไปมีค่าTSH >๑๒ Mu/Lไม่เกินร้อยละ ๑๕			
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๑๖,๒๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหกพันสองร้อยบาทถ้วน)								

ลงชื่อ....................................ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ....................................ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ................................ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิชาการ)

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : **ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)**
แผนงานที่ ๑ : **การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการ : **โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย**
ตัวชี้วัด : ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
๒. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
๓. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓
๔. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย
๕. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มเด็กวัยเรียน	๑.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตพัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย ๒.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ๓.ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ	**โครงการประชุมชี้แจงแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและเฝ้าระวังปัญหาพัฒนาการเด็ก ใน อสม.และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗** **<u>-กิจกรรม</u>** ประชุมชี้แจงแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและเฝ้าระวังปัญหาพัฒนาการเด็ก ในอสม.และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง โดยแบ่งเป็น ๔ รุ่นๆ ละ ๑ วัน จำนวน ๕๐ คน/รุ่น	๑.เพื่อให้ความรู้ อสม. และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในดูแลส่งเสริมเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีแนวทางในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ๒.เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ	๑.ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตอำเภอศรีบุญเรือง ทุกแห่ง จำนวน ๑๐๐ คน ๒.อสม. จำนวน ๑๐๐ คน **รวม ๒๐๐ คน**	๑.เด็กปฐมวัยได้รับการ เฝ้าระวัง ดูแลและส่งเสริมพัฒนาการ ร้อยละ ๙๐ ๒.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๑๕	มี.ค.-พ.ค. ๒๕๖๗	๑.ค่าอาหารกลางวัน ๕๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน x ๔ รุ่น = ๒๐,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน x ๔ รุ่น = ๑๐,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท**	อรัญยา พรมพลเมือง / ณัฐธิดา ไทยอ่อน
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
((นางสาวอมร ทองรักษ์))
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิ...ร)

☑ แผนงานตามยุทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ : โครงการพัฒนาศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัด : ๑.ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง
๒.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
๒.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
๒.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
๓.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการให้บริการ

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
แผนพัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	๑.เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ๒.ผู้สูงอายุได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค ดูแลรักษา และส่งต่ออย่างถูกต้องเหมาะสม	**๑. โครงการประชุมชี้แจงการดำเนินงานและติดตามผลระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - ประชุมชี้แจง คณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลศรีบุญเรือง **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - ประชุมติดตามผลคณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลศรีบุญเรือง **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** - ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ PCU รพ.สต. และผู้เกี่ยวข้อง แนวทางการดำเนินงานและติดตามผลดำเนินงาน	๑.เพื่อวางแผนดำเนินงาน ระบบบริการและสื่อสารแนวทางการดำเนินงานและติดตามผลดำเนินงาน ๒.เพื่อวางแผนดำเนินงาน ระบบบริการและสื่อสารแนวทางการดำเนินงานและติดตามผลดำเนินงาน	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** คณะกรรมการดำเนินงาน ๑๕ คน **รวม ๑๕ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** คณะกรรมการดำเนินงาน ๑๕ คน **รวม ๑๕ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** - คณะกรรมการดำเนินงาน ๒ คน - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และPCU ๑๘ คน **รวม ๒๐ คน**	คณะกรรมการเข้าร่วมประชุมอย่างน้อย ร้อยละ ๘๐	ม.ค.-ก.ค. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๑๕ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน x ๑ ครั้ง = ๑,๕๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๕ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน x ๑ ครั้ง = ๗๕๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๒,๒๕๐บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๑๕ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน x ๓ ครั้ง = ๔,๕๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๕ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อx ๑ วัน x ๓ ครั้ง = ๒,๒๕๐บาท **รวมเป็นเงิน ๖,๗๕๐บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๒๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน x ๔ ครั้ง = ๘,๐๐๐ บาท	กิ่งเพชร /วัชราภรณ์ /ณัฐธิดา

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
							๒.ค่าอาหาว่างและเครื่องดื่ม ๒๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑วัน x ๔ ครั้ง = ๔,๐๐๐บาท **รวมเป็นเงิน ๑๒,๐๐๐ บาท**	
		๒. โครงการประชุมอบรมวิชาการผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗ **<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - อบรมวิชาการผู้สูงอายุ ให้คณะกรรมการ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ PCU **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - อบรมวิชาการผู้สูงอายุ ให้ แก่ อสม.ในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** - จัดทำสมุดประจำตัวผู้สูงอายุ	๑.เพื่อให้คณะกรรมการเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ PCU มีความรู้ในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุ ๒.เพื่อให้อสม.มีความรู้ในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ๓.เพื่อบันทึกข้อมูลประจำตัวผู้สูงอายุ	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.คณะกรรมการ ๑๔ คน ๒.เจ้าหน้าที่ รพ.สต.๑๗ แห่ง และPCU ๑ แห่งๆ ละ ๒ คน ๓๖ คน ๓.วิทยากร ๑ คน **รวมจำนวน ๕๑ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.อสม.๔ โซนๆละ ๕๐ คน รวม ๒๐๐ คน ๒.วิทยากร ๒ คน **รวม ๒๐๒ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** ผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ ๑,๐๐๐คน	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - คณะกรรมการเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และPCU เข้ารับการอบรมและผ่านการประเมิน ≥ ร้อยละ ๙๐ **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - อสม เข้ารับการอบรมและผ่านการประเมิน ≥ ร้อยละ ๙๐ **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** - ผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์รับบริการคลินิกผู้สูงอายุมีสมุดประจำตัว ร้อยละ ๑๐๐	ก.พ.-พ.ค. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๕๑ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน = ๕,๑๐๐บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๑ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑วัน = ๒,๕๕๐บาท ๓.ค่าตอบแทนวิทยากร(บรรยาย) จำนวน ๑ คน x ๗ ชม.x ๖๐๐บาท x ๑ วัน = ๔,๒๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๑,๘๕๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๕๒ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน x ๔ ครั้ง = ๒๐,๘๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๒ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน x ๔ ครั้ง = ๑๐,๔๐๐บาท ๓.ค่าตอบแทนวิทยากร(บรรยาย) จำนวน ๒ คน x ๓ ชม.x ๖๐๐ บาท x ๔ ครั้ง = ๑๔,๔๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๔๕,๖๐๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** - จัดซื้อจัดจ้างทำสมุดประจำตัวผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๐๐๐ เล่ม x ๕๐ บาท = ๕๐,๐๐๐บาท **รวมเป็นเงิน ๕๐,๐๐๐ บาท**	กิ่งเพชร /วัชราภรณ์ /ณัฐธิดา

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		๓. โครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗ **<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - ประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗ **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Show & Share ความสุขของคนวัยเก๋า อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** เพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์การของผู้สูงอายุในชุมชนและโรงเรียนผู้สูงอายุ	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.ประธาน/ผู้แทนในชมรมผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๔ คน ๒.เจ้าหน้าที่ผู้รับงานผู้สูงอายุใน อปท. จำนวน ๑๔ คน ๓.เจ้าหน้าที่ผู้รับงานผู้สูงอายุใน รพ.สต. จำนวน ๑๘ คน ๔.ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ.และ สสอ. จำนวน ๔ คน **รวมจำนวน ๕๐ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑. ผู้สูงอายุในอำเภอศรีบุญเรือง จำนวน ๑๐๐ คน ๒. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน รพ.สต. รพ. และสสอ. จำนวน ๒๐ คน **รวม ๑๒๐ คน**	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมประชุม ร้อยละ ๘๐ **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑. กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วม ร้อยละ ๘๐ ๒. ผู้สูงอายุในชุมชนและโรงเรียนผู้สูงอายุมีประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อย ๕เรื่อง	ก.พ.-ส.ค. ๖๗ ก.ค.-ก.ย. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๕๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑วัน = ๕,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๒,๕๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๗,๕๐๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๑๒๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๑๒,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๒๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๖,๐๐๐บาท ๓.ค่าพาหนะเดินทางผู้สูงอายุ ๑๐๐ คน x ๑๐๐ บาท = ๑๐,๐๐๐ บาท ๔.ค่าเอกสารประกอบการประชุม = ๒,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท**	กิ่งเพชร /วัชราภรณ์ /ณัฐธิดา
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๑๖๕,๙๕๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นห้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
((นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : **ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)**
แผนงานที่ ๒ : **การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ**
โครงการ : **โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)**
ตัวชี้วัด : ๑.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี ๒๕๖๗	๑.พชอ./พชต. มีแผนขับเคลื่อนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นสุขภาพที่มาจากการมีส่วนร่วมและบูรณาการของทุกภาคส่วนในอำเภอ ๒. เพื่อสร้างกลไกความร่วมมือขององค์กรภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ/ตำบลในการจัดการคุณภาพ ๓. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและ	**โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรมที่หลัก</u>** ๑. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีบุญเรือง ๒. ประชุมคณะอนุกรรมการ พชอ. และผู้เกี่ยวข้องระหว่างภาคส่วนในอำเภอเพื่อกำหนดแนวทาง และสนับสนุนการทำงานของ พชต. ๓. จัดพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประจำปี ๒๕๖๗ ๔. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานคุณภาพชีวิตระดับตำบล/หมู่บ้าน แบ่งเป็น ๔ โซนๆละ ๑ วัน รวม ๔ วัน	๑. เพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรืองอย่างต่อเนื่อง ๒ เพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีบุญเรือง **รวมจำนวน ๒๕ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีบุญเรือง **รวมจำนวน ๔๐ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** - ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน ๑๒ ตำบลๆละ ๕ คน ประกอบด้วย ๑) นายก อปท./ผู้แทน ๒) ผอ.รพ.สต./ผู้แทน ๓) กำนัน หรือผู้แทน ๔) ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้แทน ๕) ประชาชนในตำบล รวม ๖๐ คน - ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๕ คน - คณะทำงาน ๕ คน **รวมจำนวน ๗๐ คน**	๑. ร้อยละ ๙๐ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตสามารถสื่อสารถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีประเด็นในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ เรื่อง ๓. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน	ม.ค. - ก.ย.๖๗ ม.ค. - ก.ย.๖๗ ม.ค. - ก.ย.๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๒๕ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๒,๕๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒๕ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๑,๒๕๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๓,๗๕๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๔๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๔,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๔๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๒,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๖,๐๐๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๗๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๗,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๗๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๓,๕๐๐ บาท	จิรายุ/สุภาพร/รติ/กรกนก/นิภาพร

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
	อำเภอ	๕. การประกวดหมู่บ้านพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) อำเภอศรีบุญเรือง ประจำปี ๒๕๖๗ ๖.การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีบุญเรือง ประจำปี ๒๕๖๗ ๗. สนับสนุนเงินรางวัลแก่หมู่บ้านต้นแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ประจำปี ๒๕๖๗		<u>กิจกรรมที่ ๔</u> - ประชุมชี้แจงคณะกรรมการ/เลขา/ ผช.เลขาฯ พชต. แบ่งเป็น ๔ โซนๆละ ๑ วัน รวม ๔ วัน ประกอบด้วย ๑. คณะกรรมการตำบล โซนละ ๑๐๐ คน ๒. ตัวแทนคณะกรรมการ พชอ.ฯ จำนวน ๒๐ คน **รวมจำนวน ๑๒๐ คน** <u>กิจกรรมที่ ๕</u> ๑. ประกวดหมู่บ้านพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน ๑๒ ตำบล แบ่งออกเป็น ๒ ทีมๆละ ๓ วัน ประกอบด้วย คณะกรรมการ พชอ.ฯ ๒๕ คน และ จนท. สสอ. ๕ คน **รวมจำนวน ๓๐ คน** <u>กิจกรรมที่ ๖</u> จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน ๑ วัน ประกอบด้วย - ตัวแทน พชต. ๑๒ แห่งๆ ละ ๓๐ คน - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีบุญเรือง ๒๕ คน - คณะทำงาน ๑๐ คน **จำนวน ๓๙๕ คน**		ม.ค. - ก.ย.๖๗ ม.ค. - ก.ย.๖๗ ม.ค. - ก.ย.๖๗	๓. ค่าเอกสารประกอบการอบรม ๗๐ ชุด x ๒๕ บาท = ๑,๗๕๐บาท **รวมเป็นเงิน ๑๒,๒๕๐ บาท** <u>กิจกรรมที่ ๔</u> ๑. ค่าอาหารกลางวัน ๑๒๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๔ วัน = ๔๘,๐๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๒๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๔ วัน = ๒๔,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๗๒,๐๐๐ บาท** <u>กิจกรรมที่ ๕</u> ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๓ วัน = ๙,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๓ วัน = ๔,๕๐๐ บาท ๓.ค่าตอบแทนคณะกรรมการตรวจประเมิน ๓๐ คน x ๔๐๐ บาท x ๓ วัน = ๓๖,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๔๙,๕๐๐ บาท** <u>กิจกรรมที่ ๖</u> ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๓๙๕ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๓๙,๕๐๐ บาท	จิรายุ/ สุภาพร/ รติ/ กรกนก/ นิภาพร จิรายุ/ สุภาพร/

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
				<u>กิจกรรมที่ ๗</u> - หมู่บ้านต้นแบบ จำนวน ๑๒ แห่ง			๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๙๕ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๑๙,๗๕๐ บาท ๓.ค่าเช่าเต้นท์และเก้าอี้ จำนวน ๑๒ ชุด x ๑,๐๐๐ บาท = ๑๒,๐๐๐ บาท ๔.ค่าจ้างเหมาจัดนิทรรศการ จำนวน ๑๒ บูท x ๑,๘๐๐บาท = ๒๑,๖๐๐ บาท ๕.ค่าเช่าเวทีและเครื่องเสียง จำนวน ๑ ชุด x ๑๕,๐๐๐ บาท x ๑ วัน = ๑๕,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๐๗,๘๕๐ บาท**	รติ/ กรกนก/ นิภาพร
						ม.ค. - ก.ย.๖๗	<u>**กิจกรรมที่ ๗**</u> สนับสนุนเงินรางวัลประเภทหน่วยงาน (ตามหลักเกณฑ์ของ สสจ.นภ) ดังนี้ -รางวัลที่ ๑ ๑๐,๐๐๐ บาท -รางวัลที่ ๒ ๘,๐๐๐ บาท -รางวัลที่ ๓ ๕,๐๐๐ บาท -รางวัลชมเชย ๓,๐๐๐ บาท x ๙ รางวัล = ๒๗,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๕๐,๐๐๐ บาท**	
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๓๐๑,๓๕๐ บาท (สามแสนหนึ่งพันสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
((นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : **ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)**
แผนงานที่ ๓ : **การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**
โครงการ : **โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ**
ตัวชี้วัด : ๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง
๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๒
๑.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๕

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
แผนงานการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	เพื่อป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	**๑.โครงการประชุมชี้แจงและติดตามงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ CKD เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗**	๑.เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	๑.บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.และเครือข่ายบริการสุขภาพ ๔๐คน **รวมจำนวน ๔๐ คน**	๑.บุคลากรสาธารณสุขในรพ.และเครือข่ายบริการสุขภาพ เข้าร่วมประชุมอย่างน้อย ร้อยละ ๘๐	ม.ค.-ส.ค. ๖๗	๑.ค่าอาหารกลางวัน ๔๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน x ๓ ครั้ง = ๑๒,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๔๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน x ๓ ครั้ง = ๖,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๘,๐๐๐ บาท**	กิ่งเพชร / สายฝน/ นาตยา
	๑.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๒.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	**๒.โครงการควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรืองปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - ดำเนินการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตในโดยใช้แบบคัดกรอง Verbal Screening เจาะเลือด (DTX) วัดความดันโลหิตชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว BMI **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** เพื่อให้ประชากรอายุ ๓๕-๗๔ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** เพื่อตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน ๔๖,๗๘๓ คน **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** -กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (๕๖๑ คน) -กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (๑๘๐๐ คน)	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** -ประชากรอายุ ๓๕-๗๔ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๐ **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** -ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๒	ม.ค.-มี.ค. ๖๗ ก.พ.-ก.ย. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - บูรณาการกับงานชันสูตร/คลังวัสดุการแพทย์ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง และเครือข่าย รพ.สต. **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - บูรณาการกับงานชันสูตร/คลังวัสดุการแพทย์ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง และเครือข่าย รพ.สต.	กิ่งเพชร / สายฝน/ นาตยา

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		<u>กิจกรรมที่ ๓</u> - อบรมวิชาการให้บุคลากรสาธารณสุข โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี ๒๕๖๗ - เบาหวาน - ความดันโลหิต - CKD	**<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** เพื่อบุคลากรสาธารณสุขใน รพ. และเครือข่าย ได้รับการพัฒนา competency	**<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** -บุคลากรสาธารณสุขในรพ.และเครือข่ายบริการสุขภาพ **รวมจำนวน ๕๐ คน**	**<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** -ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๕ -บุคลากรสาธารณสุขในรพ.และเครือข่ายบริการสุขภาพ เข้ารับการอบรมอย่างน้อย ๘๐ %	ก.พ.-พ.ค. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๕๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๕,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๒,๕๐๐ บาท ๓.ค่าตอบแทนวิทยากร(บรรยาย) จำนวน ๑ คน x ๗ ช.ม.x ๖๐๐ บาท = ๔,๒๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๑,๗๐๐ บาท**	กิ่งเพชร / สายฝน/ นาตยา
		<u>กิจกรรมที่ ๔</u> อบรมวิชาการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ - กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน - กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	**<u>กิจกรรมที่ ๔</u>** เพื่อให้กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	**<u>กิจกรรมที่ ๔</u>** ๑.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง -รพ.สต. ๑๗ แห่ง -PCU ๑ แห่ง จำนวน ๔๐๐ คน ๒.วิทยากร ๒ คน ๓.คณะทำงาน ๓ คน **รวมจำนวน ๔๐๕ คน**	**<u>กิจกรรมที่ ๔</u>** ๑.กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการอบรมและผ่านการประเมินความรู้ อย่างน้อย ๘๐ %	มี.ค.-ก.ค. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๔</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๑๐๕ คน x ๑๐๐บาท x ๑ วัน x ๔ ครั้ง = ๔๒,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๐๕ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน x ๔ ครั้ง = ๒๑,๐๐๐ บาท ๓.ค่าตอบแทนวิทยากร(บรรยาย) จำนวน ๒ คน x ๓ ชม.x ๖๐๐ บาท x ๔ ครั้ง =๑๔,๔๐๐ บาท ๔.ค่าวัสดุ เอกสารประกอบการประชุม ๔,๐๐๐ บาท x ๔ ครั้ง = ๑๖,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๙๓,๔๐๐ บาท**	
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๑๒๓,๑๐๐ บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นสามพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิชาการ)

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ : การพัฒนาระบบอาหารปลอดภัย
ตัวชี้วัด : ๑.ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต
๒.ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาระบบอาหารปลอดภัย	๑.เพื่อตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพความปลอดภัยของอาหารที่จำหน่ายในท้องตลาด ๒.เพื่อสร้างพื้นที่ต้นแบบระบบอาหารปลอดภัยในชุมชน ๓.เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการด้านสุขาภิบาลอาหาร ๔.เพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง/อาหารเป็นพิษ	**โครงการพัฒนาระบบการตรวจสอบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารในชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.นักวิทย์ชุมชน **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - อบรม อย.น้อยนักวิทย์	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.เพื่อพัฒนาศักยภาพของประชาชนชนสร้างกลไกในการตรวจสอบเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหารในชุมชน ๒.พัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการด้านสุขาภิบาลอาหารและการพัฒนาเมนูชูสุขภาพ **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนเกิดความตระหนักลด ละ เลิกการใช้สารเคมีทางการเกษตร ๒.เพื่อสร้างพื้นที่ต้นแบบระบบอาหารปลอดภัยในโรงเรียน	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - คณะกรรมการอาหารปลอดภัย/อสม. ๑๒ ตำบลๆ ละ ๖ คน **รวมจำนวน ๗๒ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** แกนนำนักเรียนในโรงเรียนโครงการอาหารปลอดภัย **รวมจำนวน ๔๐ คน**	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - อสม.นักวิทย์ชุมชนที่ผ่านการอบรมผ่านการประเมินความรู้และทักษะการตรวจ Test kit ด้านอาหารปลอดภัย ร้อยละ ๑๐๐ **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - มีพื้นที่ต้นแบบระบบอาหารปลอดภัยในโรงเรียน	ม.ค-ส.ค.๖๗ ม.ค-ก.ย.๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๗๒ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๒ วัน = ๑๔,๔๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๗๒ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน = ๗,๒๐๐ บาท ๓.ค่าวิทยากรกลุ่ม ๔ คน x ๔ ชม. x ๖๐๐ บาท x ๒ วัน = ๑๙,๒๐๐ บาท ๔.ค่าที่พักวิทยากร จำนวน ๒ ห้อง x ๑,๕๐๐ บาท x ๑ วัน = ๓,๐๐๐บาท ๕.ค่าพาหนะวิทยากร = ๒,๐๐๐ บาท ๖.ค่าวัสดุโครงการ = ๔,๙๐๐บาท **รวมเป็นเงิน ๕๐,๗๐๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๔๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๒ วัน = ๘,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๔๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน = ๔,๐๐๐ บาท ๓.ค่าวิทยากรกลุ่ม ๔ คน x ๔ ชม. x ๖๐๐ บาท x ๒ วัน = ๑๙,๒๐๐ บาท ๔.ค่าพาหนะวิทยากร = ๒,๐๐๐ บาท ๕.ค่าวัสดุโครงการ = ๓,๘๐๐บาท **รวมเป็นเงิน ๓๗,๐๐๐ บาท**	ภญ.พิมลพรรณ/จีรวัฒน์/วิภาดา

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		<u>กิจกรรมที่ ๓</u> - สุ่มตรวจตัวอย่างอาหาร จากจุดจำหน่ายอาหาร	<u>กิจกรรมที่ ๓</u> ๑.เพื่อสร้างกระแสให้ผู้ขายอาหาร และประชาชนเกิดความตะหนักในความสะอาดของอาหาร	<u>กิจกรรมที่ ๓</u> เจ้าหน้าที่ ๗ คน - รพ.๔ คน - สสอ.๒ คน - พชร.๑ คน **รวมจำนวน ๑๔ คน**	<u>กิจกรรมที่ ๓</u> - พื้นที่ต้นแบบอาหารปลอดภัย ในตลาด ตลาดสด แผงลอยจำหน่ายอาหาร	ม.ค-ก.ย ๖๗	<u>กิจกรรมที่ ๓</u> <u>ค่าชุดทดสอบอาหาร</u> - ชุดทดสอบ บอแรกซ์ (๑ ชุด ๕๐ ตัวอย่าง) ราคา ๒๑๔ บาท x ๓ ชุด = ๖๔๒ บาท - ชุดทดสอบ สารกันรา (๑ ชุด ๕๐ ตัวอย่าง) ราคา ๒๔๐ บาท x ๓ ชุด = ๗๒๐ บาท - ชุดทดสอบ สารฟอกขาว (๑ ชุด ๑๐๐ ตัวอย่าง) ราคา ๑๘๕ บาท x ๒ ชุด = ๓๗๐ บาท - ชุดทดสอบฟอร์มาลีน (๑ ชุด ๑ ตัวอย่าง) ราคา ๕๐ บาท x ๑๕๐ ชุด = ๗,๕๐๐ บาท - ชุดทดสอบ โคลิฟอร์มในน้ำ น้ำแข็ง อ.๑๑ (๑ ชุด ๒๐ ตัวอย่าง) ราคา ๘๐๐ บาท x ๓ ชุด = ๒,๔๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๑,๖๓๒ บาท**	ภญ.พิมลพรรณ/จีรวัฒน์/วิภาดา
		<u>กิจกรรมที่ ๔</u> ๔.๑ อบรมมาตรฐานร้านอาหารสะอาดปลอดภัยใส่ใจผู้บริโภค ๔.๒ เจ้าหน้าที่ออกตรวจมาตรฐานอาหารปลอดภัยพ่อค้าแม่ค้า จุดทำหน่ายอาหาร ที่ตลาด ตลาดนัด แผงลอยในพื้นที่ จำนวน ๒ รอบ	<u>กิจกรรมที่ ๔</u> ๑.เพื่อควบคุมสุขลักษณะสถานประกอบอาหาร ผู้ปรุงอาหาร และความปลอดภัยของอาหารที่จำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ๒.เพื่อตรวจประเมินและสำรวจข้อมูลสถานประกอบการอหารตามเกณฑ์มาตรฐานอาหาร	<u>กิจกรรมที่ ๔</u> ๔.๑ ผู้ประกอบการร้านอาหาร ในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง **จำนวน ๑๐๐ คน** ๔.๒ ร้านค้าในพื้นที่ รพสต. ๑๘ แห่ง **จำนวน ๑๐๐ ร้านค้า**	<u>กิจกรรมที่ ๔</u> ๑.ผู้ประกอบการอาหารได้รับมอบป้ายรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยเพิ่มขึ้น ๒.ป้ายรับรองที่หมออายุได้รับการต่ออายุรับรองภายในกำหนด ๓.ประชาชนได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัยปราศจาก	ม.ค-ก.ย ๖๗	<u>กิจกรรมที่ ๔</u> ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๑๐๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๑๐,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๐๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๕,๐๐๐ บาท ๓.ค่าป้ายไวนิล CFGT ขนาด ๔๕ ซม.x ๗๕ ซม. ตีโครงไม้ จำนวน ๑๐๐ ป้าย x ๒๐๐ บาท = ๒๐,๐๐๐ บาท ๔.ค่าชุดทดสอบอาหาร ชุดละ ๑,๐๐๐ บาท x ๒๐ ชุด = ๒๐,๐๐๐ บาท	

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			ปลอดภัย		การปนเปื้อนของสารเคมี ๔.ผู้ประกอบการได้รับการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยในอาหารเพิ่มมากขึ้น		๕. ค่าเบี้ยเลี้ยงเจ้าหน้าที่ออกตรวจมาตรฐานอาหารในพื้นที่ จนท.๗ คน x ๑๒๐ บาท x ๑๘ ครั้ง x ๒ รอบ = ๓๐,๒๔๐ บาท ๕.ค่าวัสดุโครงการ = ๕,๐๐๐บาท (กิจกรรมที่ 4.1) **รวมเป็นเงิน ๙๐,๒๔๐ บาท**	ภญ.พิมลพรรณ/จีรวัฒน์/วิภาดา
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๘๙,๕๗๒ บาท (หนึ่งแสนแปดหมื่นเก้าพันห้าร้อยเจ็ดสิบสองบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
((นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยุทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๕ : **การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ**
โครงการ : **โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ**
ตัวชี้วัด : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ อำเภอศรีบุญเรือง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	๑. เพื่อพัฒนาการจัดรูปแบบการบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อ ๒.เพื่อพัฒนาทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในอำเภอให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน	**๑. โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗**	๑.เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานจัดบริการในรูปแบบการบริการปฐมภูมิ	๑.ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ รพ.สต. จำนวน ๑๘ คน ๒.ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ รพ./สสอ. จำนวน ๒ คน ๓.คณะทำงาน ๑๐ คน **รวมจำนวน ๓๐ คน**	หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด	ม.ค.-ก.ย. ๖๗	๑.ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๓,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๑,๕๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๔,๕๐๐ บาท**	สุภาพร/กรกนก
		๒. โครงการฝึกอบรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรุก ในการเยี่ยมบ้านแก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี ๒๕๖๗	๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน ๒. เพื่อให้ทีมเยี่ยมบ้านมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง	๑. ทีมหมอครอบครัวจาก รพ.สต. และ สสอ. จำนวน ๒๐ คน ๒. ทีมเยี่ยมบ้าน รพ. จำนวน ๒๐ คน **รวมจำนวน ๔๐ คน**	๑. มีแนวทาการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเยี่ยมบ้านหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอศรีบุญเรือง อย่างน้อย ๒ ประเด็น ๒. ร้อยละ ๘๐ ของผู้เข้าร่วมโครงการสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง	ม.ค.-ก.ย. ๖๗	๑.ค่าอาหารกลางวัน ๔๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๔,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๔๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๒,๐๐๐ บาท ๓.ค่าวิทยากร(บรรยาย) ๒ คน x ๓ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท x ๑ วัน = ๓,๖๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๙,๖๐๐ บาท**	สุภาพร/กรกนก

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		๓. ประชุมชี้แจงบุคลากรผู้ให้บริการในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล ให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ Telemedicine/ Telehealth	๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบTelemedicine ๒.เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่มีส่วนร่วมกับระบบ Telemedicine	ทีมหมอครอบครัวจากและผู้ที่เกี่ยวข้อง ๑. ทีมหมอครอบครัวจาก รพ.สต. และ สสอ. จำนวน ๒๐ คน ๒. ทีมหมอครอบครัวจาก รพ. ๒๐ คน ๓, ผู้รับผิดชอบงาน IT รพ. และ สสอ. จำนวน ๒ คน **รวมจำนวน ๔๒ คน**	๑.กลุ่มโรคมีรูปแบบการให้บริการ Telemedicine อย่างน้อย ๒ กลุ่มโรค ๒.ร้อยละ ๘๐ ของเจ้าหน้าที่ผู้เข้าร่วมประชุมรับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการผ่านระบบ Telemedicine	ม.ค.-ก.ย. ๖๗	๑.ค่าอาหารกลางวัน ๔๒ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๒ วัน = ๘,๔๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๔๒ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน = ๔,๒๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๒,๖๐๐ บาท**	สุภาพร/ กรกนก
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๒๖,๗๐๐ บาท (สองหมื่นหกพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : **ด้านการบริการเป็นเลิศ Service Excellence**
แผนงานที่ ๕ : **การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ**
โครงการ : **โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.**
ตัวชี้วัด : ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.	เพื่อพัฒนาศักยภาพเชิดชูเกียรติ สร้างความตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของ อสม.ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข	**โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี ๒๕๖๗**	๑.เพื่อให้ อสม.มีความรู้และเข้าใจการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ๒.เพื่อเชิดชูเกียรติและยกย่องคุณงามความดีของ อสม. ๒.เสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ อสม. ๓.เพื่อสร้างความตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของ อสม.	- แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอศรีบุญเรือง **จำนวน ๑,๕๐๐ คน**	๑.อสม.มีความรู้และเข้าใจการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ร้อยละ ๘๐ ๒.ชุมชนมีการดำเนินการการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ ๘๐	มี.ค.-เม.ย. ๒๕๖๗	๑. ค่าอาหารกลางวัน ๑,๕๐๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน = ๑๕๐,๐๐๐บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑,๕๐๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๗๕,๐๐๐บาท ๓.ค่าจ้างเหมาห้องประชุม = ๕,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๒๓๐,๐๐๐ บาท**	จิรายุ / สุภาพร
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๒๓๐,๐๐๐ บาท (สองแสนสามหมื่นบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิชาการ)

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยุทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : **ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**
แผนงานที่ ๖ : **การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ : **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**
ตัวชี้วัด : ๑.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit
๑.๑ อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)
๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด
๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามาตรฐานเวลาที่กำหนด
๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้มาตรฐานตามเวลาที่กำหนด
๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	เพื่อพัฒนาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	**๑.โครงการประชุมชี้แจงและติดตามงาน ผู้ป่วยโรค Stroke STEMI เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗**	- เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Stroke STEMI เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง	- บุคลากรสาธารณสุขในรพ.และเครือข่ายบริการสุขภาพ **รวมจำนวน ๔๐ คน**	- บุคลากรสาธารณสุขในรพ.และเครือข่ายบริการสุขภาพเข้าร่วมประชุมอย่างน้อยร้อยละ ๘๐	ม.ค. - ส.ค. ๖๗	๑.ค่าอาหารกลางวัน ๔๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน x ๓ ครั้ง = ๑๒,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๔๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน x ๓ ครั้ง = ๖,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๘,๐๐๐ บาท**	กิ่งเพชร / นิภาภัทร นาตยา
		๒.โครงการอบรมวิชาการ Stroke STEMI ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	- เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขใน รพ. และเครือข่ายได้รับการพัฒนา competency	- บุคลากรสาธารณสุขในรพ.และเครือข่ายบริการสุขภาพ แบ่งเป็น ๒ รุ่นๆ ละ ๔๐ คน **รวมจำนวน ๘๐ คน**	- บุคลากรสาธารณสุขในรพ.และเครือข่ายบริการสุขภาพเข้าร่วมประชุมอย่างน้อยร้อยละ ๘๐	ก.พ. - พ.ค. ๖๗	๑.ค่าอาหารกลางวัน ๔๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน x ๒ ครั้ง = ๘,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๔๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน x ๒ ครั้ง = ๔,๐๐๐ บาท ๓.ค่าตอบแทนวิทยากร(บรรยาย) ๑ คน x ๗ ช.ม.x ๖๐๐ บาท x ๒ ครั้ง = ๘,๔๐๐ บาท	กิ่งเพชร / นิภาภัทร นาตยา

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	ค่าจ้างเหมาบริการ	ค่าวัสดุสำนักงาน	ค่าใช้สอยอื่น	ค่าเช่าบ้าน	ค่าวัสดุก่อสร้าง	ค่าสาธารณูปโภค	ค่าวัสดุการเกษตร	ค่าวัสดุสำนักงาน	ค่าวัสดุก่อสร้าง	ค่าวัสดุการเกษตร	ค่าวัสดุอื่น	หมายเหตุ
	รายการที่ขอเบิก จำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท = ๕,๒๐๐ บาท ๔.ค่าอาหาร ๑๐๐ คน x ๒๐ บาท = ๕,๐๐๐ บาท ๕.ค่าวัสดุ ๑,๐๐๐ บาท x ๓ ครั้ง	บริษัทสยาม	๑๑๑๑๑๑											
	รวมเงินทั้งสิ้น จำนวนเงิน ๑๐,๒๐๐ บาท (สี่พันสี่ร้อยสี่สิบบาทถ้วน)													

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงิน
(นายสถาพร ทองจีน)
ตำแหน่ง.....
ผู้ตรวจสอบการรับจ่ายเงินแล้วถูกต้อง

(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ
(นายสถาพร ทองจีน)
ตำแหน่ง.....
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

(ลงชื่อ)..... ผู้อนุมัติ
(นายพิชิตชัย พรมเพ็ชร์)
ตำแหน่ง.....
ปลัดเทศบาลตำบลเขาพลอง

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : **ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**
แผนงานที่ ๖ : **การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ : **โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ**
ตัวชี้วัด : ๑.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
๒.อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
พัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ(วัณโรค)	๑.เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ ๒. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค	**โครงการการดำเนินงานควบคุมวัณโรคภายใต้กลยุทธ์ DOT ที่มีคุณภาพ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรมหลัก</u>** ๑. เร่งรัดค้นหา และขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาให้ครอบคลุม - กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองวัณโรค - วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เสี่ยง และปัญหาอุปสรรค พร้อมกำหนด กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน ๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและการคัดกรอง การรักษาและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อเนื่อง อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	๑.เพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๒. เพิ่มการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับอำเภอ **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด ๒ คน - ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับอำเภอ ๒ คน -ผู้รับผิดชอบงาน ระดับ รพ.สต. ๑๘ คน -แกนนำ อสม.รพ.สต. ๑๘ แห่งๆละ ๑ คน **รวมจำนวน ๔๐ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** - ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง ๒ ปี - ผู้ติดเชื้อเอชไอวี - บุคลากรสาธารณสุข - ผู้สูงอายุ - ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ - แรงงานต่างด้าว	๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มากกว่าร้อยละ ๙๐ ๒. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ ๙๐	ม.ค. – ก.ย.๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ไม่ใช้งบประมาณ **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - ค่าอาหารกลางวัน ๔๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๔,๐๐๐ บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๔๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๒,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๖,๐๐๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** ไม่ใช้งบประมาณ	นิภาพร/ประวี

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยุทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ : **โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ**
ตัวชี้วัด : ๑. มีการซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่อ โรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง
๒. อำเภอมีการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยมีความทันเวลา ≥ ๙๐ %

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	๑.เพื่อให้อำเภอมีการเตรียมความพร้อมรับมือต่อสถานการณ์โรคติดต่อ โรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ๒.เพื่อเฝ้าระวังโรคตาม พรบ. โรคติดต่อ ๒๕๕๘ มาตรา ๓๑	**โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรม</u>** ๑.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ อำเภอศรีบุญเรือง ๒ ครั้ง/ปี ๒.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ..๒๕๕๘ ให้กับทีม CDCU อำเภอศรีบุญเรือง	๑.เพื่อทดสอบ และซักซ้อมความเข้าใจแผน/แนวปฏิบัติ และประเมินการเตรียมความพร้อมตอบโต้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ๒.เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ เกิดการ บูรณาการของหน่วยงานทุกภาคส่วน ๓. เตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ควบคุมโรคติดต่อ ๔. อำเภอมีการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา ๕. เพื่อซักซ้อมความเข้าใจขั้นตอนแนวทางการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาด	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ สสอ./รพ. ๒ คน - ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ รพ.สต.๑๘ แห่งๆละ ๑ คน รวม ๑๘ คน - ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ๑๐ คน - ตัวแทน อปท.๑๔ แห่งๆ ละ ๑ คน รวม ๑๔ คน - คณะทำงาน ๖ คน - วิทยากร ๔ คน **รวมจำนวน ๕๔ คน**	๑. ทีม CDCU มีการซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่อ โรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำอย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี ๒. อำเภอศรีบุญเรือง มีวัสดุอุปกรณ์ควบคุมโรคพร้อมรับสถานการณ์โรคติดต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ๓. ผู้รับผิดชอบงานมีความเข้าใจแนวทางการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและนำสู่การปฏิบัติจริง	ม.ค.๖๗ – ก.ค. ๖๗ ม.ค.๖๗ – ก.ค. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๕๔ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๒ วัน = ๑๐,๘๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๔ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๒ ครั้ง = ๕,๔๐๐ บาท ๓.ค่าสมนาคุณวิทยากร(บรรยาย) ๑ คน x ๖๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๒ ครั้ง = ๓,๖๐๐ บาท ๔.ค่าสมนาคุณวิทยากร(กลุ่ม) ๓ คน x ๖๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๒ ครั้ง = ๑๐,๘๐๐ บาท ๕.ค่าพาหนะวิทยากร ๒,๐๐๐ บาท x ๒ ครั้ง = ๔,๐๐๐ บาท ๖.ค่าเอกสารประกอบการประชุม ๒,๕๐๐ บาท x ๒ ครั้ง = ๕,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๓๙,๖๐๐ บาท**	นิภาพร / ประวี

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		๓. เตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ควบคุมโรคติดต่อ ๔. การออกสอบสวนควบคุมโรคโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ อำเภอศรีบุญเรือง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ กรณีเกิดการระบาดในพื้นที่ ๑๒ ครั้ง/ปี	วิทยา ตามพรบ. โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘	**กิจกรรมที่ ๒** - ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ สสอ./รพ. ๒ คน - ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ รพ.สต.๑๘ แห่งๆละ ๑ คน - คณะทำงาน ๘ คน **รวมจำนวน ๒๘ คน**		ม.ค.๖๗ – ก.ย. ๖๗	**กิจกรรมที่ ๒** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๒๘ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ ๑ วัน = ๒,๘๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒๘ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๑,๔๐๐ บาท ๓. ค่าเอกสารประกอบการประชุม = ๑,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๕,๒๐๐ บาท**	นิภาพร / ประวี
				กิจกรรมที่ ๓ เตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗ กรณีเกิดการระบาดในพื้นที่		ม.ค.๖๗ – ก.ย. ๖๗	**กิจกรรมที่ ๓** - ค่าวัสดุและเคมีภัณฑ์ควบคุมโรคติดต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ อำเภอศรีบุญเรือง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ **รวมเป็นเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท**	
				กิจกรรมที่ ๔ - ทีมสหวิชาชีพ จำนวน ๙ คน - พนักงานขับรถ ๑ คน **รวมจำนวน ๑๐ คน**			**กิจกรรมที่ ๔** - ค่าเบี้ยเลี้ยง จนท./พขร. ๑๐ คน x ๑๒๐ บาท x ๑๒ ครั้ง = ๑๔,๔๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๔,๔๐๐ บาท**	
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๑๕๙,๒๐๐ บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นเก้าพันสองร้อยบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.................................ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.................................ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.................................ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิชาการ)

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : **ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**
แผนงานที่ ๖ : **การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ : **โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ**
ตัวชี้วัด : ๑. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ ๒๕ ของค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง
๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของ สถานบริการสาธารณสุข,สถานศึกษา,ศาสนสถาน, ศูนย์เด็กฯ มีดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย เท่ากับ ๐
๓. ร้อยละ ๘๐ ของชุมชน/หมู่บ้านมีดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย ไม่เกิน ๑๐
๔. หมู่บ้าน/ชุมชนมีการควบคุมโรคไข้เลือดออกให้สงบภายใน ๑๔ วัน ≥ ร้อยละ ๘๕

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ(โรคไข้เลือดออก)	เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	**โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก "ตำบลปลอดลูกน้ำยุงลาย" อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรม</u>** ๑.ชี้แจงเกณฑ์การประกวดตำบลปลอดลูกน้ำยุงลายแก่ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง ๒.สุ่มประเมินดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายโดยบุคคลภายนอก ๓.ประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ ๔.สนับสนุนเงินรางวัลแก่หมู่บ้านต้นแบบ"ตำบลปลอดลูกน้ำยุงลาย"อำเภอศรีบุญเรือง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบแนวทางการดำเนินงานการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑. ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ ๒๕ ของค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง ๒.ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง ๓.เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - เจ้าหน้าที่ SRRT รพ.สต.ทุกแห่งๆ ละ ๑ คน รวม ๑๘ คน - เจ้าหน้าที่ สสอ.๖ คน - เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาใน รพ. ๒ คน **รวมจำนวน ๒๖ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** -รพ.สต.๑๘ แห่ง สุ่มตรวจ รพ.สต.ละ ๑ หมู่บ้าน/เดือน (๑๕๘ หมู่บ้าน) ดำเนินการ ๕ เดือน -บุคคลภายนอกสำรวจลูกน้ำยุงลาย ๖ คน	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - ผู้เกี่ยวข้องรับทราบแนวทางการดำเนินงานและนำลงสู่การปฏิบัติ **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ ๒๕ ของค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง ๒.ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานบริการสาธารณสุข,สถานศึกษา,ศาสนสถาน, ศูนย์เด็กฯ มีดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายเท่ากับ ๐ ๓.ร้อยละ ๘๐ ของชุมชน/หมู่บ้านมีดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย ไม่เกิน ๑๐	ม.ค.–มี.ค. ๖๗ มี.ค.๖๗ – ก.ค.๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๒๖ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๒,๖๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒๖ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๑,๓๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๓,๙๐๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.ค่าเบี้ยเลี้ยงบุคคลภายนอก ๒๔๐ บาท x ๖ คน x ๓ วัน x ๕ เดือน = ๒๑,๖๐๐ บาท ๒.ค่าพาหนะบุคคลภายนอก ลงสำรวจลูกน้ำในพื้นที่ ๒๐๐ บาท x ๖ คน x ๓ วัน x ๕ เดือน = ๑๘,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๓๙,๖๐๐ บาท**	นิภาพร/ประวี

ลำดับที่	ชื่อผู้รับเงิน	จำนวนเงิน	เลขที่เช็ค	รายการ	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน	เลขที่บัญชีธนาคาร	ชื่อธนาคาร/ที่อยู่ธนาคาร	วันที่จ่ายเงิน	หมายเหตุ
๑	นายสมชาย ใจดี	๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)	๑๐๐๐๐๑	ค่าจ้างเหมาบริการ ค่าบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ ๑๐๕ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๙						
๒	นายสมศักดิ์ ใจดี	๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)	๑๐๐๐๐๒	ค่าจ้างเหมาบริการ ค่าบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ ๑๐๖ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๙						
๓	นายสมหมาย ดีมาก	๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)	๑๐๐๐๐๓	ค่าจ้างเหมาบริการ ค่าบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ ๑๐๗ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๙						
๔	นายสมบัติ ดีมาก	๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)	๑๐๐๐๐๔	ค่าจ้างเหมาบริการ ค่าบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ ๑๐๘ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๙						
รวมเงินทั้งสิ้น		๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นายสมศักดิ์ ใจดี)
ตำแหน่งเจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นายสมหมาย ดีมาก)
ตำแหน่งเจ้าหน้าที่พัสดุ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(นายสมบัติ ดีมาก)
ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านดอนไม้ดัง

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(นายสมชาย ใจดี)
ตำแหน่งเจ้าหน้าที่พัสดุ

แผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

(/) แผนงานตามยุทธศาสตร์
( ) แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการ : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ตัวชี้วัด : ๑.ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด
๒.อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	๑.เพื่อสร้างภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังยาปลอดภัยในชุมชนและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ลดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม ๒.เพื่อเพิ่มศักยภาพระบบบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐานเกิดความปลอดภัย มีระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด	**โครงการส่งเสริมการใช้ยาแบบสมเหตุผล (Rational drug use) และความปลอดภัยด้านยา Drugs safety Goal ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** -จัดประชุมชี้แจง นโยบายความปลอดภัยด้านยาในเรื่องการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU) ในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น การใช้ยาในเด็ก, ผู้สูงอายุ, หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร ความคลาดเคลื่อนทางยา ระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต.แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ร้อยละ ๖๐ โดยแบ่งเป็น ๒ รุ่น ๆ ละ ๓๐ คน (๖๐ คน)	๑.เพื่อให้ระบบยาใน รพ.สต.เกิดความปลอดภัยจากการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ๒.เพื่อให้เกิดระบบการป้องกันผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาระหว่างรพ.แม่ข่าย ๓.เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใน รพสต.ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในกลุ่มผู้ป่วย URIและอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ตามservice plan) ๔.เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น ส่งเสริมการลดอัตราการดื้อยา ๕.เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU) ในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น การใช้	<u>**กิจกรรมที่ ๑**</u> เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้บริการด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ **จำนวน ๖๐ คน**	๑.ร้อยละของ รพ.สต.ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค Respiratory Infection และ Acute Diarrhea <= ร้อยละ๒๐ ทั้ง ๒ โรค > ร้อยละ ๘๐ ๒.อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำในเครือข่าย เท่ากับ ๐ ราย ๓.อัตราคงคลังไม่เกิน ๖๐ วัน ๔.ยาหมดอายุ ๐ รายการ	ม.ค.-พ.ค. ๖๗	<u>**กิจกรรมที่๑**</u> ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๒ วัน = ๖,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน = ๓,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๙,๐๐๐ บาท**	ภญ.พิมลพรรณ /ภก.จีรวัฒน์ / ภญ.ภัทรสุดา / ภญ.อัจฉรา / น.ส.สุภาวดี กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		<u>กิจกรรมที่ ๒</u> ๑.นิเทศติดตามการลงบันทึกข้อมูลการตรวจวินิจฉัยกลุ่มโรค URI และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ๒.ติดตามมาตรฐานการลงข้อมูลในฉลากยาตามนโยบาย RDU ๑๓ กลุ่มสำคัญ ๓.ติดตามการจัดทำเครื่องมือส่งเสริมการใช้ยา(ฉลากเสริม) อย่างสมเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องปลอดภัย ๔.ติดตามระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์	ยาในเด็ก, ผู้สูงอายุ, หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร ๖.ส่งเสริมให้ความรู้เรื่อง AEFI กับจนท.รพสต.และให้จนท.สามารถส่งรายงานและจัดการ AEFI ได้ทันเวลา	**<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** - รพ.สต.ในเขตอำเภอศรีบุญเรือง จำนวน ๑๘ แห่ง **- เจ้าหน้าออกนิเทศติดตาม** - เภสัชกร ๑ คน - จพง.เภสัชกรรม ๑ คน - จพง.พัสดุ ๑ คน - พขร. ๑ คน **รวมจำนวน ๔ คน**		มี.ค.- ก.ย. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.ค่าเบี้ยเลี้ยงในการออกนิเทศติดตาม ๔ คน x ๑๒๐ บาท x ๖ วัน = ๒,๘๘๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๒,๘๘๐ บาท**	งานคลังเวชภัณฑ์ยาและคลังพัสดุ
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๑,๘๘๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
( )
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิชาการ)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ : โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสู่ความเป็นเลิศ

ผู้รับผิดชอบ : ๑.กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรชุมชน ๒.กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรชุมชน

กิจกรรมหลัก	วันเริ่มต้น	วันสิ้นสุด	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ ๒๐,๗๐๐ บาท	ตัวชี้วัดโครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Service Plan) สาขาทารกปฏิบัติการ	ก.พ.-เม.ย.	๖๐๗	๑. ติดตามทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๒๕ ราย	๑. ค่าเดินทางไปติดตามเยี่ยมบ้าน ๒๕ ครั้ง x ๑๐ บาท = ๗,๕๐๐ บาท ๒. ค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ ๒๕ ชุด x ๒๐๐ บาท = ๕,๐๐๐ บาท ๓. ค่าวัคซีนป้องกันวัณโรค (บวชใน) ๑ ราย x ๕,๕๐๐ บาท ๔. ค่าเวชภัณฑ์ ๒๕ ราย x ๒๐๐ บาท = ๕,๐๐๐ บาท ๕. ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ๑๐๐ ราย x ๑๐ วัน x ๑๐ บาท = ๑,๐๐๐ บาท ๖. ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ๑๐๐ ราย x ๑๐ วัน x ๑๐ บาท = ๑,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๒๐,๗๐๐ บาท**	๑. พบทารก วม.ติด. ๑๕ ราย ๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๑๕ ราย **รวมเป็นเงิน ๓๐ ราย**	๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	โครงการ/กิจกรรมหลัก ๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๒. เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๓. เพื่อป้องกันวัณโรคในทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	วัตถุประสงค์ ๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๒. เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	ทารกปฏิบัติการ (Service Plan) สาขาทารกปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....ผู้รายงานผล
(นางสาวนิธิพร พลงาม)
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นายสถาพร พลงาม)
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรชุมชน

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายสถาพร พลงาม)
หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรชุมชน

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบ
(นายอัครพล ชาญวิทย์)
ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยุทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัด : ๑. การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (Service Plan เขต ๘)
๒. การตรวจติดตามและการคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีการตรวจอัลตร้าซาวด์ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป (Service Plan เขต ๘)
๓. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงในประชาชนอายุ ๕๐ – ๗๐ ปี (Service Plan เขต ๘)
๔. ประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ร้อยละ ๗๐

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/ กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์ โครงการ	กลุ่ม เป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
๑) การจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ในการป้องกันควบคุมโรค ลดปัจจัยเสี่ยง ลดป่วยลดตาย จากโรคมะเร็งที่สำคัญในพื้นที่	๑) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ในการป้องกันโรคด้วยการตรวจคัดกรองโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒) เพื่อลดอัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็งที่สำคัญในพื้นที่ ๓) กระตุ้นการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	**โครงการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงบูรณาการการส่งเสริมกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีให้เข้ารับการติดตามความผิดปกติโดยแพทย์ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ ๒๕๖๗** **<u>๑. กิจกรรมหลักมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง</u>** ๑) ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงจากอุจจาระในประชาชนอายุ ๕๐-๗๐ ปีดังนี้ ๑.๑ จัดอบรมให้ความรู้และวิธีการตรวจแก่บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑.๒ ตรวจอุจจาระด้วยวิธี Fit test	๑) เพื่อสนับสนุนระบบบริการตรวจคัดกรองโรคแก่ รพ.สต.ในเครือข่าย ๒) เพื่อกระตุ้นและสร้างองค์ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง ๓) เพื่อให้ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านการตรวจคัดกรอง	**<u>กิจกรรมที่ ๑.๑</u>** เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ๑๘ แห่งๆ ละ ๑ คน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ๓ คน **รวมเป็น ๒๑ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๑.๒</u>** ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงที่ ๕๐-๗๐ ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง **จำนวน ๖,๐๐๐ คน** (คิดเป็น ๒๘% จากประชากรกลุ่มเป้าหมาย)	๑) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงได้รับการตรวจ Fit test ร้อยละ ๕๐ ๒) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการตรวจติดตามคัดกรองโรคได้อย่างต่อเนื่อง ๓) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง ที่ดีขึ้น	มกราคม ๒๕๖๗ ถึง กันยายน ๒๕๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑.๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๒๑ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๒,๑๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒๑ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๑,๐๕๐ บาท ๓.ค่าตอบแทนวิทยากร(บรรยาย) ๑ คน x ๘ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท x ๑ วัน = ๔,๘๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๗,๙๕๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๑.๒</u>** ๑.ค่าจ้างเหมาบุคคลภายนอกตรวจอุจจาระ Fit test ๖,๐๐๐ ราย x ๔๐ บาท = ๒๔๐,๐๐๐บาท ๒.ค่าจ้างเหมาบุคคลภายนอกเก็บอุจจาระ ๖,๐๐๐ ราย x ๑๐ บาท = ๖๐,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท (ค่าตอบแทน จนท.Lab ให้เบิกเป็น OT)**	นิภาพร / ทวีเลิศ / ปณิดา

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/ กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์ โครงการ	กลุ่ม เป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		๑.๓ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไส้ตรงในรายที่ให้ผล Fit test Positive โดยศัลยแพทย์ทั่วไป ๑.๔ ให้สุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง **<u>๒. กิจกรรมหลักมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี (บูรณาการกับโครงการจังหวัด)</u>** ๑) สุ่มตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง ๑๕ ขึ้นไปหรือผู้มีประวัติเคยพบพยาธิใบไม้ตับมาก่อน ๒) อบรมให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายและตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีการตรวจอัลตร้าซาวด์ตับในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปใน รพ.สต.เครือข่าย ๒.๑ ตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ ๒.๒ ตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงสูงรายเก่าที่เคยมีผลตรวจผิดปกติแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี ที่จำต้องได้รับการติดตาม ๓) จัดระบบรองรับการดูแลผู้ป่วยที่มีผลตรวจอัลตร้าซาวด์ผิดปกติ ๔) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ รพ.สต. และ องค์การบริหารส่วนจังหวัด	โรค ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระ รวมทั้ง การตรวจอัลตร้าซาวด์ตับ และการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไส้ตรง กรณีผิดปกติจาก Fit test ๔) เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง ในระยะเริ่มแรก และส่งต่อเข้ารับการรักษาเพื่อลดอัตราตายจากโรค	**<u>กิจกรรมที่ ๒.๒</u>** ประชาชนกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (จากกลุ่มเป้าหมายจังหวัด)	๔) ประชาชนที่มีผลตรวจอุจจาระพบพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษาร้อยละ ๑๐๐ ๕) ประชาชนที่มีผลตรวจอัลตร้าซาวด์ผิดปกติ ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ และได้รับการรักษาต่อร้อยละ ๑๐๐ ๖) ประชาชนที่ตรวจพบ Fit test ผิดปกติได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไส้ตรง โดยแพทย์ร้อยละ ๑๐๐ ๗) ประชาชนที่ตรวจพบมะเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรง ได้รับการรักษา ร้อยละ ๑๐๐		**<u>กิจกรรมที่ ๒.๒</u>** อบรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการตรวจอัลตร้าซาวด์ตับโดยแพทย์ **(บูรณาการกับโครงการจังหวัด ไม่ขอใช้งบประมาณ)** **<u>กิจกรรมที่ ๒.๓</u>** จัดระบบคิวเข้ารับบริการตรวจรักษาต่อโดยแพทย์โรงพยาบาลศรีบุญเรือง **(บูรณาการงานประจำ ไม่ขอใช้งบประมาณ)**	นิภาพร / ทวีเลิศ / ปณิดา

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/ กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์ โครงการ	กลุ่ม เป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
๒) การจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ในการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ลดปัจจัยเสี่ยง ลดป่วยลดตาย จากโรคไวรัสตับอักเสบ	๑) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ในการป้องกันโรคด้วยการตรวจคัดกรองโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒) เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ๓) เพื่อลดอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	**โครงการจัดบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรมหลัก</u>** ๑) การจัดบริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ ๒) จัดระบบการส่งต่อรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี	๑) เพื่อให้ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านการตรวจคัดกรองโรค ด้วยวิธีการตรวจเลือดแบบ Rapid test ๒) เพื่อค้นหาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซี และส่งต่อเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม	ประชาชนกรอำเภอศรีบุญเรือง ๗๐,๕๔๙ คน กลุ่มเสี่ยงไวรัสตับอักเสบบีและซี ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ **จำนวน ๑,๗๐๐ คน** (เป้าจาก สสจ.)	๑) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ ๑๐๐ ๒) ผู้ติดเชื้อได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยัน วินิจฉัยและรับการรักษาร้อยละ ๑๐๐	มกราคม ๒๕๖๗ ถึง กันยายน ๒๕๖๗	**การจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์** ๑) ค่าชุดน้ำยาตรวจ HBsAg ด้วยวิธี Rapid test จำนวน ๑,๗๐๐ ชุด x ๑๕ บาท = ๒๕,๕๐๐ บาท ๒) ค่าชุดน้ำยาตรวจ Anti HCV Screening test ด้วยวิธี Rapid test จำนวน ๑,๗๐๐ ชุด x ๔๗บาท = ๗๙,๙๐๐บาท ๓) ค่าวัสดุการแพทย์ - Syringe ๓ ml จำนวน ๑๗ กล่อง x ๑๑๐บาท = ๑,๘๗๐บาท - Tube Blood Clot ชนิด non Vacuum จำนวน ๑,๗๐๐ อัน x ๒ บาท = ๓,๔๐๐บาท - เข็มเบอร์ ๒๑ จำนวน ๑๗ กล่อง x ๕๐บาท = ๘๕๐ บาท - สำลีแอลกอฮอล์ Pack (๘ก้อน) จำนวน ๒๓๐ Pack x ๔ บาท = ๙๒๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๑๒,๔๔๐ บาท (ค่าตอบแทน จนท.Lab ให้เบิกเป็น OT)**	นิภาพร / ทวีเลิศ / ปณิดา
รวมเป็นงบประมาณทั้งสิ้น ๔๒๐,๓๙๐ (สี่แสนสองหมื่นสามร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิชาการ)

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยุทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service Plan)
โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ตัวชี้วัด : ๑. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม(Retention Rate)

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service Plan) การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	เพื่อผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบ ทั้งด้าน กาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๑ ปี หลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ	**๑. โครงการประชุมชี้แจงติดตาม การให้การบำบัดรักษา ผู้รับการฟื้นฟูยาเสพติดในชุมชนอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรม</u>** ๑.๑ จัดประชุมชี้แจงแนวทางการ ติดตาม การให้การบำบัดรักษา ผู้รับการฟื้นฟูยาเสพติดในชุมชนอำเภอศรีบุญเรือง ๑.๒ ติดตามผลการดำเนินงาน ๓.สรุปผลการดำเนินงาน	เพื่อให้ ผู้รับการฟื้นฟูยาเสพติด ในกลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพ ประเมินบำบัดรักษาต่อเนื่องและช่วยเหลือเพื่อไม่เกิดการก่อความรุนแรงในชุมชน	**<u>กิจกรรมที่ ๑.๑</u>** ๑. ผู้เข้ารับการฟื้นฟู ยาเสพติดในกลุ่ม (ผู้ใช้ ผู้เสพ จำนวน ๑๐๐ คน ๒. ญาติ จำนวน ๑๐๐ คน ๓.เครือข่าย ๕ เสือ plus/ อสม. /ชุดปฏิบัติการคุ้ม จำนวน ๔๐๐ คน **รวมจำนวน ๖๐๐ คน** จัดประชุมจำนวน ๓ รุ่น รุ่นละ ๒๐๐ คน	๑.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ๒.ผู้ผ่านการบำบัดรักษาสามารถเลิกสารเสพติดได้	ม.ค. - ก.ค. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑.๑</u>** ๑. ค่าอาหารกลางวัน ๒๐๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๓ รุ่น = ๖๐,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒๐๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๓ รุ่น = ๓๐,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๙๐,๐๐๐ บาท**	นายวสันต์ ดวงมณี / น.ส.นิภาพร ศรีวงษ์

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		๒. โครงการเยาวชนรุ่นใหม่รู้ทันภัยยาเสพติด อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗ ๒.๑ กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนอำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗ ๒.๒ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการค่ายเยาวชนคนดีคนเก่งสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗ ๒.๓ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการค่ายจัดค่ายเยาวชนวัยเรียน วัยใส รักอย่างไรไม่ให้เสี่ยง อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	๑. เพื่อให้เยาวชนได้รับรู้และรับทราบถึงปัญหาและภัยของยาเสติด ๒. เพื่อสร้างผู้นำเยาวชนในการต่อต้านและป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดในสถานศึกษาและชุมชน ๓. เพื่อลดผู้เสพสารเสพติดรายใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ๔. เพื่อลดภาวะการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน	**<u>กิจกรรมที่ ๒.๑</u>** - เยาวชน/แกนนำเครือข่าย TO BE NUMBER ONE จาก ๑๒ ตำบลๆละ ๕ คน อำเภอศรีบุญเรือง จำนวน ๖๐ คน - คณะทำงาน ๑๐ คน **รวมจำนวน ๗๐ คน** **<u>กิจกรรมที่ ๒.๒</u>** - แกนนำเครือข่าย TO BE NUMBER ONE และเยาวชนในอำเภอศรีบุญเรือง **รวมจำนวน ๑๐๐ คน**	๑. จำนวนผู้เสพสารเสพติดรายใหม่ ในกลุ่มเยาวชนลดลง ร้อยละ ๒๐ ๒. เด็กหญิงแม่ลดลงมากกว่า ๐.๑/แสนประชากร	ม.ค. - ก.ค. ๖๗ ม.ค. - ส.ค. ๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๒.๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๗๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๗,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๗๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๓,๕๐๐ บาท ๓.ค่าป้ายไวนิล ๒ x ๓ เมตร จำนวน ๑ ป้าย x ๒,๕๐๐ บาท = ๒,๕๐๐ บาท ๔.ค่าวัสดุ = ๒,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๕,๐๐๐ บาท** **<u>กิจกรรมที่ ๒.๒</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๑๐๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๑๐,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๐๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๕,๐๐๐บาท ๓.ค่าเอกสารประชุม ๑๐๐ ชุด x ๕๐ บาท = ๕,๐๐๐บาท ๔.ค่าสมนาคุณวิทยากรกลุ่ม ๔ คน x ๔ ชม.x ๖๐๐ บาท x ๑ วัน = ๙,๖๐๐ บาท ๕.ค่าป้ายไวนิลโครงการ ขนาด (๒ x ๓ เมตร x) ๑ ป้าย x ๒,๕๐๐ บาท = ๒,๕๐๐ บาท ๖.ค่าวัสดุ = ๓,๕๐๐ บาท ๗.ค่าพาหนะเดินทาง ๑๐๐ คน x ๑๐๐ บาท = ๑๐,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๔๕,๖๐๐ บาท**	นางกรกนก ประทุมชาติ/นายวสันต์ ดวงมณี

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
				<u>กิจกรรมที่ ๒.๓</u> - แกนนำเครือข่าย TO BE NUMBER ONE และเยาวชนในอำเภอศรีบุญเรือง **รวมจำนวน ๑๐๐ คน**		ม.ค. - ส.ค. ๖๗	<u>กิจกรรมที่ ๒.๓</u> ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๑๐๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๑๐,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๐๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๕,๐๐๐บาท ๓.ค่าเอกสารประชุม ๑๐๐ ชุด x ๕๐ บาท = ๕,๐๐๐บาท ๔.ค่าสมนาคุณวิทยากรกลุ่ม ๔ คน x ๔ ชม.x ๖๐๐ บาท x ๑ วัน = ๙,๖๐๐ บาท ๕.ค่าป้ายไวนิลโครงการ ขนาด (๒ x ๓ เมตร) x ๑ ป้าย x ๒,๕๐๐ บาท = ๒,๕๐๐ บาท ๖.ค่าวัสดุ = ๓,๕๐๐ บาท ๗.ค่าพาหนะเดินทาง ๑๐๐ คน x ๑๐๐ บาท = ๑๐,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๔๕,๖๐๐ บาท**	นางกรกนก ประทุมชาติ/นายวสันต์ ดวงมณี/นิภาพร ศรีวงษ์
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๑๙๖,๒๐๐ บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นหกพันสองร้อยบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิชาการ)

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยุทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (service Plan)

โครงการ : ขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

ตัวชี้วัด : ๑.ร้อยละของชุมชนในเขตอำเภอศรีบุญเรืองมีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ครอบคลุมทุกตำบล ร้อยละ ๑๐๐
๒.ร้อยละของโรงเรียนมัธยมศึกษาและมัธยมขยายโอกาสในเขตอำเภอศรีบุญเรืองมีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ครอบคลุมทุกแห่ง ร้อยละ ๑๐๐

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
รณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	๑. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอศรีบุญเรือง ๒. เพื่อสร้างภาคีเครือข่าย ชมรม TO BE NUMBER ONE ในเขตอำเภอศรีบุญเรือง	**๑. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะชีวิตวัยรุ่นและเยาวชน โดยใช้กิจกรรม TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗** **<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** - กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการค่ายพัฒนาแกนนำสมาชิก TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒ ประจำปี ๒๕๖๗	๑. เพื่อรณรงค์และสร้างกระแสการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ๒. เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชน รวมถึงประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในโครงการ TO BE NUMBER ONE ๓. เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถแสดงออกและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในทางสร้างสรรค์ ๔. เพื่อสร้างภาคีเครือข่าย ชมรม TO BE NUMBER ONE ในเขตอำเภอศรีบุญเรือง	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** แกนนำ/คณะกรรมการชมรม TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง **จำนวน ๕๐ คน**	๑.ร้อยละของชุมชนในเขตอำเภอศรีบุญเรืองมีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ครอบคลุมทุกตำบล ร้อยละ ๑๐๐ ๒.ร้อยละของโรงเรียนมัธยมศึกษาและมัธยมขยายโอกาสในเขตอำเภอศรีบุญเรืองมีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ครอบคลุมทุกแห่ง ร้อยละ ๑๐๐	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ม.ค.-เม.ย.๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๑</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๕๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๒ วัน = ๑๐,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน = ๕,๐๐๐ บาท ๓.ค่าเอกสารประชุม ๕๐ ชุด x ๕๐ บาท = ๒,๕๐๐ บาท ๔.ค่าสมนาคุณวิทยากรกลุ่ม ๒ คน x ๔ ชม.x ๖๐๐ บาท x ๒ วัน = ๙,๖๐๐ บาท ๕.ค่าป้ายไวนิลโครงการ ขนาด ๒ x ๓ เมตร x ๑ ป้าย x ๒,๕๐๐ บาท = ๒,๕๐๐ บาท ๖.ค่าวัสดุ = ๒,๕๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๓๒,๑๐๐ บาท**	กรกนก/อรัญญา/วสันต์/นิภาพร

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		<u>กิจกรรมที่ ๒</u> - พิธีจัดงานลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) การดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗	๕. เพื่อสร้างต้นแบบและแกนนำเยาวชนในการป้องกันปัญหายาเสพติดโดยใช้กิจกรรม TO BE NUMBER ONE ๖. เพื่อให้ผลการดำเนินกิจกรรม TO NUMBER ONE ของอำเภอ และเครือข่ายชมรมในอำเภอผ่านในระดับสูงต่อไป	**<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** หัวหน้าส่วนราชการในอำเภอ/นายก อปท./เครือข่ายชมรม TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง **จำนวน ๕๐ คน**	๓. ผ่านการคัดเลือกรักษามาตรฐานพร้อมเป็นต้นแบบระดับเงินปีที่ ๓	**<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ม.ค.-เม.ย.๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๒</u>** ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๕๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๕,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x๑ วัน = ๒,๕๐๐ บาท ๓.ค่าป้ายไวนิลพร้อมติดตั้ง ขนาด ๓x๓ เมตร x ๑ ป้าย x ๔,๐๐๐บาท = ๔,๐๐๐ บาท ๔.ค่าป้ายพาสวูด TO BE NUMBER ONE ขนาดสูง ๓๐ ซม. จำนวน ๔ ป้าย x ๘๐๐ บาท = ๓,๒๐๐ บาท ๕.ค่าวัสดุ = ๓,๐๐๐ บาท **เป็นเงิน ๑๗,๗๐๐ บาท**	กรกนก/อรัญญา/วสันต์/นิภาพร
		<u>กิจกรรมที่ ๓</u> - กิจกรรมเข้าร่วมประกวดมหกรรม TO BE NUMBER ONE ระดับภาค ปี ๒๕๖๗		**<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** แกนนำ/คณะกรรมการชมรม TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง **จำนวน ๑๘ คน**		**<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** ก.พ.-มิ.ย.๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๓</u>** ๑.ค่าที่พักห้องเดี่ยว ๒ คน x ๑,๔๕๐ บาท x ๑ วัน = ๒,๙๐๐ บาท ๒.ค่าที่พักห้องคู่ ๑๖ คน x ๗๕๐ บาท x ๑ วัน = ๑๒,๐๐๐ บาท ๓.ค่าจ้างเหมารถตู้พร้อมน้ำมันเชื้อเพลิง ๒ คัน x ๓,๐๐๐ บาท x ๒ วัน = ๑๒,๐๐๐ บาท ๔.ค่าเบี้ยเลี้ยงประเภทเชี่ยวชาญ ๒ คน x ๒๗๐ บาท x ๒ วัน = ๑,๐๘๐ บาท ๕.ค่าเบี้ยเลี้ยง ๑๖ คน x ๒๔๐ บาท x ๒ วัน = ๗,๖๘๐ บาท ๖.ค่าเอกสารรูปเล่ม/Fact Sheet จำนวน ๑๐ ชุด x ๑,๐๐๐ บาท = ๑๐,๐๐๐ บาท	

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
							๗. ค่าป้ายพลาสวูดพร้อมขาตั้ง ขนาด ๑.๕ x ๓ เมตร จำนวน ๑ ป้าย x ๕,๐๐๐ บาท = ๕,๐๐๐ บาท ๘.ค่าจ้างเหมาจัดบูธนิทรรศการอำเภอ TO BE NUMBER ONE= ๓๕,๐๐๐ บาท **เป็นเงิน ๘๕,๖๖๐ บาท**	กรกนก/ อรัญญา/ วสันต์/ นิภาพร
		<u>กิจกรรมที่ ๔</u> - กิจกรรมประกวด "SRIBOONRUANG COVER DANCE TO BE NUMBER ONE" ต้านยาเสพติด ปี ๒ ประจำปี ๒๕๖๗		**<u>กิจกรรมที่ ๔</u>** -วัยรุ่นเยาวชนในอำเภอศรีบุญเรือง (ทีมละ ๕-๑๐คน) จำนวน ๒๐๐ คน - กรรมการตัดสิน จำนวน ๕ คน - ผู้แทนส่วนราชการในอำเภอและคณะทำงาน จำนวน ๒๐ คน **จำนวน ๒๒๕ คน**		**<u>กิจกรรมที่ ๔</u>** ม.ค.–ส.ค.๖๗	**<u>กิจกรรมที่ ๔</u>** ๑.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (สำหรับกรรมการตัดสิน ส่วนราชการและคณะทำงาน) ๒๕ คน x ๒๕ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๖๒๕ บาท ๒.ค่าตอบแทนกรรมการตัดสินการประกวด ๔๐๐ บาท x ๕ คน = ๒,๐๐๐ บาท ๓.ค่าป้ายไวนิล ขนาด ๓ x ๓ เมตร x ๑ ป้าย x ๔,๐๐๐ บาท = ๔,๐๐๐ บาท ๔.ค่าป้ายขาตั้งสแตนดี้ (ขนาด ๑ x ๒ เมตร) x ๔ ป้าย x ๑,๕๐๐ บาท = ๖,๐๐๐ บาท ๕.ค่าเช่าเวทีและเครื่องเสียง = ๕,๐๐๐ บาท ๖.เงินรางวัล (จำนวน ๕ รางวัล) -รางวัลที่ ๑ ๕,๐๐๐ บาท -รางวัลที่ ๒ ๓,๐๐๐ บาท -รางวัลที่ ๓ ๑,๕๐๐ บาท -รางวัลชมเชยจำนวน ๒ รางวัล x ๑,๐๐๐ บาท = ๒,๐๐๐ บาท ๗.ค่าจ้างทำใบประกาศพร้อมกรอบ ๒๐ อัน x ๒๐๐ บาท = ๔,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๓๓,๑๒๕ บาท**	

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		<u>กิจกรรมที่ ๕</u> - กิจกรรมรณรงค์ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗		<u>กิจกรรมที่ ๕</u> แกนนำ/ คณะกรรมการ ชมรม TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง **จำนวน ๑๐๐ คน**		<u>กิจกรรมที่ ๕</u> มี.ค.- ส.ค. ๖๗	<u>กิจกรรมที่ ๕</u> ๑.ค่าอาหารกลางวัน ๑๐๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ วัน = ๑๐,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๐๐ คน x ๑๐ บาท x ๑ วัน =๑,๐๐๐ บาท ๓.ค่าป้ายไวนิลพร้อมติดตั้ง (ขนาด ๓x๓ เมตร) x ๓ ป้าย x ๔,๐๐๐ บาท = ๑๒,๐๐๐ บาท ๔.ค่าจัดบูธแสดงผลงาน จำนวน ๔ บูธ x ๕,๐๐๐ บาท = ๒๐,๐๐๐ บาท ๕.ค่าเอกสารรูปเล่ม/Fact Sheet จำนวน ๑๐ ชุด x ๑,๐๐๐ บาท = ๑๐,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๕๓,๐๐๐ บาท**	กรกนก/ อรัญญา/ วสันต์/ นิภาพร
		<u>กิจกรรมที่ ๖</u> - กิจกรรมเข้าร่วมประกวดมหกรรม TO BE NUMBER ONE ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๗		<u>กิจกรรมที่ ๖</u> แกนนำ/ คณะกรรมการ ชมรม TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง **จำนวน ๑๘ คน**		<u>กิจกรรมที่ ๖</u> พ.ค.- ก.ย. ๖๗	<u>กิจกรรมที่ ๖</u> ๑. ค่าที่พักห้องเดี่ยว จำนวน ๒ คน x ๑,๔๕๐ บาท x ๓ วัน = ๘,๗๐๐ บาท ๒. ค่าที่พักห้องคู่ จำนวน ๑๖ คน x ๗๕๐ บาท x ๓ วัน = ๓๖,๐๐๐ บาท ๓. ค่าจ้างเหมารถตู้พร้อมน้ำมันเชื้อเพลิง ๒ คัน x ๕,๕๐๐ บาท x ๔ วัน = ๔๔,๐๐๐ บาท ๔. ค่าเบี้ยเลี้ยงประเภทเชี่ยวชาญ ๒ คน x ๒๗๐ บาท x ๔ วัน = ๒,๑๖๐ บาท ๕. ค่าเบี้ยเลี้ยง ๑๖ คน x ๒๔๐ บาท x ๔ วัน = ๑๕,๓๖๐ บาท ๖. ค่าเอกสารรูปเล่ม/Fact Sheet จำนวน ๑๐ ชุด x ๑,๐๐๐ บาท = ๑๐,๐๐๐ บาท	

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
							๗. ค่าป้ายพลาสวูดผู้ใหญ่ใจดี (ขนาดสูง ๕๐ ซม) จำนวน ๘ ป้าย x ๑,๕๐๐ บาท = ๑๒,๐๐๐ บาท ๘. ค่าจ้างเหมาจัดบูธแสดงผลงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE พร้อมติดตั้ง ขนาด ๓ x ๓ เมตร = ๖๕,๐๐๐ บาท **เป็นเงิน ๑๙๓,๒๒๐ บาท**	กรกนก/ อรัญญา/ วสันต์/ นิภาพร
		<u>**กิจกรรมที่ ๗**</u> - แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง ปี ๒๕๖๗		<u>**กิจกรรมที่ ๗**</u> แกนนำ/ คณะกรรมการชมรม TO BE NUMBER ONE อำเภอศรีบุญเรือง **จำนวน ๒๕ คน**		<u>**กิจกรรมที่ ๗**</u> ก.ค.- ก.ย. ๖๗	<u>**กิจกรรมที่ ๗**</u> ๑. ค่าอาหารกลางวัน ๒๕ คน x ๒๕๐ บาท x ๑ มื้อ x ๒ วัน = ๑๒,๕๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒๕ คน x ๓๕ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน = ๓,๕๐๐ บาท ๓. ค่าอาหารเย็น ๒๕ คน x ๓๕๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๘,๗๕๐ บาท ๔. ค่าเช่าห้องประชุม ๕,๐๐๐ บาท x ๒ วัน = ๑๐,๐๐๐ บาท ๕. ค่าที่พัก จำนวน ๒๕ คน x ๗๕๐ บาท x ๑ วัน = ๑๘,๗๕๐ บาท ๖. ค่าจ้างเหมารถตู้พร้อมน้ำมันเชื้อเพลิง ๓ คัน x ๓,๕๐๐ บาท x ๒ วัน = ๒๑,๐๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๗๔,๕๐๐ บาท**	
งบประมาณทั้งสิ้น ๔๘๙,๓๐๕ บาท (สี่แสนแปดหมื่นเก้าพันสามร้อยห้าบาทถ้วน)								

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวธิตาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาอุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action Plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

☑ แผนงานตามยุทธศาสตร์
☐ แผนงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล Governance Excellence
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ : โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัด : ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

แผนงาน	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดโครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
แผนพัฒนาประสิทธิภาพการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	**โครงการพัฒนาประสิทธิภาพการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๗** **กิจกรรม** ๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ ๒. จัดอบรมให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	- เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๐	-รพ.ศรีบุญเรือง ๑ แห่ง -สสอ.ศรีบุญเรือง ๑ แห่ง ประกอบด้วย ๑. ผู้บริหาร/ หัวหน้าฝ่าย/ หัวหน้างาน ๒.จนท.ผู้ปฏิบัติงาน **รวมจำนวน ๖๐ คน**	- หน่วยงานส่วนงานย่อยผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	ม.ค.-ก.ย. ๖๗	๑. ค่าอาหารกลางวัน ๖๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน = ๖,๐๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๖๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน = ๓,๐๐๐ บาท ๓.ค่าวิทยากร(บรรยาย) จำนวน ๒ คน x ๓ ชั่วโมง ๖๐๐ x ๑ วัน = ๓,๖๐๐ บาท ๔.ค่าเอกสาร/คู่มือประกอบการประชุม ๖๐ ชุด x ๘๐ บาท = ๔,๘๐๐ บาท **รวมเป็นเงิน ๑๗,๔๐๐ บาท**	จิรายุ / วชิราภรณ์
รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๑๗,๔๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสี่ร้อยบาทถ้วน)								

ลงชื่อ..................................ผู้เสนอ
(นายกิตติพงษ์ พรมพลเมือง)
สาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง

ลงชื่อ..................................ผู้เสนอ
(นางสาวธิดาพร ดาวเศรษฐ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ลงชื่อ..................................ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอมร ทองรักษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

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	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	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	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ 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	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	135
33	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)	137
34	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	139
35	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 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 ขั้น 3	201
49	ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	206
50	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	211
51	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	215
52	ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (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.อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน**
คำนิยาม	**การตายมารดา** หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่ เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอดรวมถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตรกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 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 – วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด และจัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ ,คลอดและหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100,000
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

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

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	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	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 ลิ้มจำรูญ 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 เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (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 <u>เด็กพัฒนาการล่าช้า</u> **หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

เกณฑ์เป้าหมาย :

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 แฟ้ม 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	$= \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{\mathbf{B}} \times \mathbf{100}$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
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. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด 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 วิถีใหม่ (New normal) - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี https://bit.ly/2Vje4eS - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/2VxlQBg - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/3CkJou4
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
	ร้อยละ	85.1	85.3	83.4

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะลีพรรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 โทรศัพท์มือถือ : 089 144 4208

	E-mail : teerboon@hotmail.com **สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ** 2. นางเปรมฤทัย เกตุเรน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904224 โทรศัพท์มือถือ : 086 986 9040 E-mail : premmi_ko@hotmail.com **สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสุทิน ปุณฑริกภักดิ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 โทรศัพท์มือถือ : 081 466 3696 E-mail : sutin.p@anamai.mail.go.th **สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ** 2. นางสาวชนกพร แสนสุด นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904224 โทรศัพท์มือถือ : 098 222 3541 E-mail : nich.bry.1@gmail.com **สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ**

หมวด	**1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)**
แผนที่	**1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการที่	**1.โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย**
ระดับการแสดงผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**3. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103** **<u>ตัวชี้วัด Proxy</u> : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน**
คำนิยาม	**เด็กไทย หมายถึง** เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สาธิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร 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 แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า **เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง** เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการบริการที่เกี่ยวกับพัฒนาการและ/หรือสุขภาพจิต เช่น การตรวจประเมิน/วินิจฉัย การกระตุ้นพัฒนาการ, การให้คำปรึกษา, การบำบัดรักษา และหรือโปรแกรมการประเมิน/ฝึกตามวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย 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 และรหัส special PP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275

เกณฑ์เป้าหมาย : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

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 ได้รับการคัดกรอง ตรวจประเมิน วินิจฉัย อย่างครอบคลุม 4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ

	5. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**เป้าหมาย :** เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สาธิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักการศึกษาเมืองพัทยา 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

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 :	- ผลสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 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> ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ	12.25	12.37	9.95
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรสาร : 02-2488903 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ 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 ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีในแฟ้ม Labor
แหล่งข้อมูล 1	ข้อมูลการเกิดมีชีพและประชากรกลางปีจากฐานทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล 2	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (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 ปีจากฐานทะเบียนราษฎร์ 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 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC X 4/4
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี (adjusted) = a x b
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ไม่เกิน 21	ไม่เกิน 21	ไม่เกิน 21	ไม่เกิน 21

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	

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**

* ข้อมูลจากฐานทะเบียนราษฎร์

** ข้อมูลจากระบบ HDC ไตรมาส 3 ณ 16 สิงหาคม 2566

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4168 โทรศัพท์มือถือ : 089 762 7339 โทรสาร : 02 590 4783 E-mail : am-piyarat@hotmail.com 2.นางสาวสุภาพร สมบัติ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4167 โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 โทรสาร : 02 5904783 E-mail : strategy.rh01@gmail.com **สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4772 โทรสาร : 02 5904783 E-mail : poppysunko.j@gmail.com 2. นางสาวสุภาพร สมบัติ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4167 โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 โทรสาร : 02 590 4783 E-mail : strategy.rh01@gmail.com **สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุภาพร สมบัติ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 4167 โทรศัพท์มือถือ : 097 334 2989 โทรสาร : 02 5904783 E-mail : strategy.rh01@gmail.com 2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4772 โทรสาร : 02 590 4783 E-mail : poppysunko.j@gmail.com **สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย**

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 ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (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 พิการ หรือทุพพลภาพ **(กลุ่มติดเตียง)** มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน **3) ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
≥ร้อยละ 96.75	≥ร้อยละ 97.0	≥ร้อยละ 97.25	≥ร้อยละ 97.5

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสื่อมผู้สูงอายุ
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. พื้นที่มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่าย/ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ 4. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 50	ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 60	1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 80 2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง 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
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	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. ทันตแพทย์ณัฐพงค์ กันทะวงค์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4273 โทรศัพท์มือถือ : 08 8645 3697
E-mail : kunthawong19@gmail.com
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 E-mail : 02Group.anamai@gmail.com
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1. นางสาวปิยะฉัตร พ้นทาส ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 E-mail : Piyachat.p@anamai.mail.go.th
สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
2. นางสาวกนกรัตน์ แสวงศรี 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 การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด **2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3)** กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล **3. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. 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 **4. การดูแลรักษา** หมายถึง มีการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยันวินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 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 จนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน 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 ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ 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 :

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

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<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>ภาวะสมองเสื่อม</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>28.85</td></tr>
<tr><td>ภาวะหกล้ม</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>44.16</td></tr>
</table>
ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ดึงข้อมูลวันที่ 7 ตุลาคม 2566
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. พญ.บุษกร โลหารชุน 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: panitamungklang07@gmail.com
3. นางพงางาม พงศ์จตุรวิทย์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์. 0 2590 6211 ต่อ 814 เบอร์มือถือ 09 5530 6681
E-mail: tapoo55@gmail.com
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 - 13 โทรสาร : 0 2591 8277
2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851
E-mail: supervision.dms@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1.นายพินิจ เอิบอิ่ม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 โทรศัพท์มือถือ : 08 4681 1567
E–mail : piniterbim@gmail.com
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564
โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</td></tr>
</table>

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 การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3) ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด **2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3)** กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 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 คุณภาพการบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ 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.สธ. 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 มีการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยันวินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่น ๆ

7. 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**

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 จนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน 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 ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ 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) x 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. 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
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	-	-	94.70

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ดึงข้อมูลวันที่ 7 ตุลาคม 2566

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. พญ.บุษกร โลหารชุน 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: panitamungklang07@gmail.com
3. นางพงางาม 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. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851
E-mail: supervision.dms@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1.นายพินิจ เอิบอิ่ม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 โทรศัพท์มือถือ : 08 4681 1567
E–mail : piniterbim@gmail.com
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช 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	**2. โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/เขต/ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**8. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน**
คำนิยาม	**อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาวะของประชากร** เป็นตัวชี้วัดที่วัดจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 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/) **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม **หน่วยบริการ** หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค ฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดีกับผู้รับบริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองสุขภาพดี ที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้นหรืออยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ **หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนรีวิวจากผู้ใช้บริการของตนเองตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป **กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัย **กลุ่มวัย** หมายถึง กลุ่มประชาชนเป้าหมาย คือ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ
เกณฑ์เป้าหมาย :	

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) ภาคีเครือข่ายสถานประกอบการของสมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย) ในพระราชูปถัมภ์ฯ 7) เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยและกรมกิจการผู้สูงอายุ 8) ภาคีเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะของสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 9) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเปราะบาง มารดาและทารก เด็กวัยเรียน วัยทำงาน ผู้สูงอายุ แรงงานนอกระบบ ผู้ที่มีการศึกษาจำกัด และผู้ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การขึ้นทะเบียนและบันทึกการเข้ารับบริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัย ผ่านระบบสาสุข อุ่นใจ
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ “สาสุข อุ่นใจ”
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เข้าร่วมที่มีคะแนนการประเมินตั้งแต่ร้อยละ 67 ของคะแนนเต็มขึ้นไปหรือเรียกว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) x 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	เป้าหมายขั้นต้น	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 อุ่นใจ”

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 สถานบริการสุขภาพที่ได้รับคะแนนรีวิวจากผู้ใช้บริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 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 ไข่ขวัญ 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 มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยมีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 878 แห่ง **การรับรองผลการประเมินจากระดับจังหวัด** หมายถึง การรับรองผลการประเมินตนเองของแต่ละ พชอ. โดยคณะกรรมการระดับจังหวัด ซึ่งอย่างน้อยประกอบไปด้วย 1) ผู้แทนจากกระทรวงมหาดไทย 2) ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข 3) ผู้แทนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และบุคคลอื่น ๆ ตามที่จังหวัดเห็นสมควร

เกณฑ์เป้าหมาย :

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 และมีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา และบันทึกประเด็นผ่านโปรแกรม CL UCCARE	1. มีคณะทำงาน (ย่อย) ตามประเด็น วางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการ บูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน	1. คณะทำงาน ดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเองผ่านระบบ <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.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และโปรแกรม CL UCCARE

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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.อภิสรรค์ บุญประดับ 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 :
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (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.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ **UCCARE** ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ.
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) เพื่อทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
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 และคนที่ทำทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)*
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น *(**การเรียนรู้** ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)*
5	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร *(**การบูรณาการ** ประก0อบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)*

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือเริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม (cross functional) ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	มีการทำงานร่วมกันเป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวราบ (fully integrate) โดยมี ภาคีทุกภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีม ในทุกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	***การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการ พชอ.*** *หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ (ส่วนท้องถิ่นและท้องที่) ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีนายอำเภอเป็นประธานและสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ*
Customer Focus	มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่	มีการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุด	มีการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุง	มีการเรียนรู้และพัฒนาการรับรู้ ความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ถูกนำมาบูรณาการกับระบบต่างๆ จนทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เชื่อมั่นศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วม	***ความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย*** *หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข*
Community Participation	มีแนวทางหรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีภาคส่วน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีภาคส่วนร่วมรับรู้ร่วมดำเนินการ	ชุมชน และภาคีภาคส่วนมีส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ และมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม	ชุมชน และภาคีภาคส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต และมีการทบทวนเรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วม	ชุมชน และภาคีภาคส่วนร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการ	

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
		ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น		ให้เหมาะสมมากขึ้น	ประเมินผลจนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจของคณะกรรมการ พชอ.	มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของคณะกรรมการ พชอ. ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	คณะกรรมการ พชอ.มีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนา และสร้างความผูกพันของคณะกรรมการ พชอ.ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้คณะกรรมการ พชอ. มีความสุขภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในงานร่วมกัน	***ความผูกพัน*** *(engagement) หมายถึง การที่คณะกรรมการ พชอ. มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และงานที่ได้รับมอบหมายด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุ พันธกิจที่กำหนดไว้*
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทางหรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. ร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน	มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาคณะกรรมการพชอ. ร่วมกัน ในบางประเด็นหรือบางระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. ร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมาย	มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และพัฒนาคณะกรรมการ ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของคณะกรรมการ พชอ. (ไม่มีกำแพงกั้น) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน	***Resource****หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงานร่วมกัน*

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Essential Care	มีแนวทางหรือเริ่มดำเนินการ <u>จัดระบบการแก้ไขปัญหา/พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนกลุ่มเป้าหมาย</u> ตามบริบทของพื้นที่	มีการจัดระบบการแก้ไขปัญหา/พัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบท ตามความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย บางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหามาก</u>	มีการจัดระบบการแก้ไขปัญหา/พัฒนาคุณภาพชีวิต ตามบริบท ตามความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่ <u>ครอบคลุม</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวนการจัดระบบการแก้ไขปัญหา/พัฒนาคุณภาพชีวิต มีการ<u>พัฒนาอย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น	มีการ <u>จัดระบบการแก้ไขปัญหา/พัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ</u>ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคี ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	*Essential Care หมายถึง การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของคณะกรรมการ 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) และระบบการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (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 กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลมีศักยภาพที่สูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย 5. **การบริหารจัดการภัยพิบัติ Disaster management** หมายถึง การใช้กลไก กระบวนการและองค์ประกอบในการดำเนินงาน 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. **คู่มือมาตรฐานรถพยาบาล** หมายถึง การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของรถพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย มาตรฐานโครงสร้างรถพยาบาล แนวปฏิบัติเพื่อการขับขี่รถพยาบาลปลอดภัย แนวทางเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ขณะปฏิบัติงานบนรถพยาบาล แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยบนรถพยาบาล และแนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาล 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 สภาวการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล
13. **ความเสี่ยงสาธารณภัย** หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความถึง“โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ
14. **การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย** (Risk Assessment) หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวกับภัย ความล่อแหลม และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน 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 การจัดทำระบบฐานข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อวางแผนการบริหารจัดการสาธารณภัยและในภาวะฉุกเฉิน 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. ติดตามและประเมินการใช้คู่มือกำหนดมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยของหน่วยงานระดับจังหวัด 4. เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้ 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 และโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 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	ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย 5 หมวด	1		✓	
	คะแนนรวม	**4**	**1**	**2**	**1**
ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข					
5	การรายงาน DCIR ที่ครอบคลุมและทันเวลา	1		✓	
6	การวิเคราะห์และการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 3 อันดับแรก และจัดทำรายงานตามแบบฟอร์ม	1	✓		
7	จัดทำคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข และโครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ของหน่วยงานครบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ภารกิจด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ 2) ภารกิจด้านปฏิบัติการ 3) ภารกิจด้านการสนับสนุน	0.5	✓		
8	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น AHP/HSP/BCP/IAP	0.5	✓		
9	ดำเนินการฝึกซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายจากการกำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการประเมินความเสี่ยง	1			✓
10	มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่จำเป็นและรายชื่อผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณภัยของจังหวัด	1	✓		
11	มีข้อมูลคงคลังของทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ฉุกเฉินของจังหวัดที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	1		✓	
12	มีคู่มือแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินของจังหวัด	1			✓
13	มีการจัดฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนภายในจังหวัด	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 ได้ ร้อยละ 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 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ excellent
ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข			
1.	**ระบบการรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน**		
	1.1 การรายงาน DCIR ที่ครอบคลุมและทันเวลา	1.1.1 มีเกณฑ์ DCIRs ที่เป็นปัจจุบัน 1.1.2 รายงาน DCIRs 1.1.3 ทะเบียนรับแจ้ง DCIRs หรือระบบต่างๆที่สามารถอ้างอิงได้	
2.	**ระบบการเตรียมความพร้อมโครงสร้างและกลไกในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยงานระดับจังหวัด**		
	2.1 การวิเคราะห์และการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ จำนวน 3 อันดับแรก และจัดทำรายงานตามแบบฟอร์ม	2.1.1 รายงานผลการประเมินความเสี่ยง โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ 3 อันดับแรกของจังหวัด ตามแบบฟอร์มกลาง	
	2.2 จัดทำคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข และโครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ของหน่วยงานครบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ภารกิจด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ 2) ภารกิจด้านปฏิบัติการ 3) ภารกิจด้านการสนับสนุน	2.2.1 คำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข 2.2.2 โครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ของหน่วยงานครบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ภารกิจด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ 2) ภารกิจด้านปฏิบัติการ 3) ภารกิจด้านการสนับสนุน	
	2.3 จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น AHP/HSP/BCP/IAP ฉบับปรับปรุงประจำปี พ.ศ. 2567	2.3.1 แผนปฏิบัติการครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ (All-Hazard Plan: AHP) หรือ แผนปฏิบัติการเฉพาะโรคและภัยสุขภาพ (Hazard Specific Plan: HSP) หรือแผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan: BCP) หรือแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) หมายเหตุ : ทุกแผนขอให้ทบทวนเป็นฉบับปัจจุบัน	
	2.4 ดำเนินการฝึกซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย จากการกำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการประเมินความเสี่ยง	2.4.1 รายงาน/สรุปซ้อมแผนของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ อย่างน้อย 1 ภัย จากการกำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการประเมินความเสี่ยง	

	3.	**ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรสำรองฉุกเฉินและระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข**	
		3.1 มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่จำเป็นและรายชื่อผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณภัยของจังหวัด	3.1.1 ทะเบียนรายการทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญที่จำเป็นของแต่ละชนิดของโรคและภัยสุขภาพ และเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกทรัพยากร 3.1.2 ข้อมูลผู้ประกอบการยาและเวชภัณฑ์ที่เป็นแหล่งจัดหาหลักและแหล่งจัดหาสำรอง
		3.2 มีข้อมูลคงคลังของทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ฉุกเฉินของจังหวัดที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	3.2.1 ข้อมูลรายการทรัพยากรคงคลัง (Stock) ของทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณภัยของหน่วยบริการที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบันและสามารถเรียกดูย้อนหลังได้อย่างน้อย 3 ปี 3.2.2 ข้อมูลการคาดการณ์สำหรับสำรองยาและเวชภัณฑ์ (Safety Stock) สำหรับตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณภัย
		3.3 มีคู่มือแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินของจังหวัด	3.3.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินของจังหวัด 3.3.2 คู่มือแนวทางการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับจังหวัด
		3.4 มีการจัดฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนภายในจังหวัด	3.4.1 แผนการฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของหน่วยงาน 3.4.2 สรุปผลและการประเมินการฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย ตามแผนที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน :	1) ฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) http://ae.moph.go.th/ 2) แบบประเมินผู้ปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 3) คู่มือมาตรฐานรถพยาบาลกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย 4) แบบประเมินติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามมาตรฐานรถพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 5) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 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. นายแพทย์สฤษดิ์เดช เจริญไชย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : 087 979 1785 โทรสาร : 02 590 2804 E-mail : sariddet@gmail.com 2. นายแพทย์ศุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล รองผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : - 3. นายแพทย์จีรศักดิ์ วรสุนทโรสถ ที่ปรึกษากองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : Jirasaknok2@gmail.com 4. นายแพทย์วัชรนันท์ ถิ่นนัยธร ที่ปรึกษากองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : - 5. นายแพทย์ยุทธกรานต์ ชินโสตร ที่ปรึกษากองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : whitegown2002@hotmail.com

	6. นางสุรีรัตน์ ใจดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1844 โทรศัพท์มือถือ : 094 628 9907 โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : sureeratdee@hotmail.com 7. นายสกล ลิจุติภูมิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1844 โทรศัพท์มือถือ : 086 032 3860 โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : lskol@hotmail.com **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. น.ส.นิตยา คณิตสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1967 โทรศัพท์มือถือ : 061-563-5453 โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : Kanitsarn@gmail.com 2.น.ส.ปูริดา แก้วเกษศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1099 โทรศัพท์มือถือ : 085 246 3990 โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : dphem.ecs@gmail.com 3.นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com 4. น.ส.รุ่งทิภา ใจตรง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1853 โทรศัพท์มือถือ : 094 941 6996 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : logistics2.dphem@gmail.com 5.น.ส.ณัฐชญา น้อยยา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1908 โทรศัพท์มือถือ : 088 894 8600 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : eoc.dphem@gmail.com 6.นายสุบรรณ สิงห์โต นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1002 โทรศัพท์มือถือ : 087 254 5261 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : satmoph@gmail.com **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสาวพณิดา นาถนอม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 080 076 7931 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : dphem.kpi@gmail.com 2.นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com 3.นางสาววรารัตน์ ทุนทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com

	4. นายภาสกร ณ นคร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (กสธฉ.) 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 **(ตัวชี้วัดย่อยที่ 11.1)**	**1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน** **1.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวิธีการคัดกรอง มี 2 วิธี ดังนี้ (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (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 ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน **หมายเหตุ** : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 72	≥ร้อยละ 74	≥ร้อยละ 76	≥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 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ร้อยละ 35	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 72

วิธีการประเมินผล	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรั่ม/พลาสม่า) B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	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 เต็งไตรสรณ์ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรศัพท์มือถือ :
   โทรสาร : 0 2590 3893 E-mail : t.churit@gmail.com
3. นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ :
   โทรสาร : 0 2590 3867 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง 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 ธัญญารักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3867 E-mail : chittrathanyarak@gmail.com
การบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานในระบบ HealthKPI	หน่วยงานส่วนกลาง: ดึงข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 11.2)	**2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง** **2.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ **2.2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย** หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 1- 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ <u>หรือ</u> การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 1- 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง **หมายเหตุ** : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ≥ ร้อยละ 85 ~~90~~ แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ≥ ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
≥ร้อยละ 93	≥ร้อยละ 85	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 93	≥ร้อยละ 95

วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ 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 = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) <u>หรือ</u> 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 ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

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> **วิธีการประมวลผล** A1 : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกัน อย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย โดยเข้าบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด แล้วเลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล> ระบบบันทึกข้อมูล นอกเหนือจาก 43 แฟ้ม>บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน> ลงชื่อเข้าใช้งานโปรแกรม A2 : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม 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
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	68.92	76.31	91.73	80.44 (ข้อมูล: HDC 16 ก.ค. 66)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3893 E-mail : : iamkrisada@gmail.com 2. นายแพทย์ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3893 E-mail : t.churit@gmail.com 3. นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3867 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3867 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com 2. นางหทัยชนก เกตุจุนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3867 E-mail : hathaichai@gmail.com 3. นางสาวเบญจมาศ นาคราช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3867 E-mail : bnakkarach@gmail.com 4. นางสาวขวัญชนก ธีสระ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3867 E-mail : khuanchanok_cake@hotmail.com 5. นางสาวสุภาพร ศุภษร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3867 E-mail : supasorn_su@hotmail.com
การบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานในระบบ HealthKPI	หน่วยงานส่วนกลาง: ดึงข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารแนบ 1

แนวทางการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

การคัดกรองจากสถานบริการสาธารณสุข
ใกล้บ้าน ด้วย 2 วิธี

(1) ตรวจวัดระดับ
(FPG / FCBG) ≥126 มก./ดล.

ตรวจคัดกรองซ้ำ
ด้วยวิธีอดหาร
ตั้งแต่ 1 วันถัดไป

(2) ตรวจวัดระดับ
(RPG / RCBG) ≥ 110 มก./ดล.

หมายเหตุ :
1. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน
2. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป

คีย์ข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน
ในแฟ้ม NCDSCREEN

หน่วยงาน Screen ส่ง HDC

ติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน
1-180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ
โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน

กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการตรวจ
ยืนยันวินิจฉัย (FPG)
ทางห้องปฏิบัติการ
ในสถานบริการสาธารณสุข

- ❖ โรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลแม่ข่าย
- ❖ สถานบริการสาธารณสุขที่มีแพทย์และสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ เช่น PCC, ศูนย์สุขภาพชุมชนฯ เป็นต้น

คีย์ข้อมูลในแฟ้ม LABFU
ที่รหัส LABTEST = 0531002

หน่วยงาน ตรวจ LAB
ส่ง HDC

HDC

หมายเหตุ :
1. FPG <126 มก./ดล = ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ตรวจค่าระดับน้ำตาลซ้ำตามคำแนะนำ
2. FPG ≥126 มก./ดล = ส่งต่อพบแพทย์เพื่อยืนยันวินิจฉัย และขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน

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 โดยจัดทำกระบวนงาน กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อม เช่น การฝึกซ้อมชนิดบนโต๊ะ เป็นต้น อย่างน้อย 1 โรคตาม พ.ร.บ.ฯ (ได้แก่ โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากฝุ่นซิลิกา โรคจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน โรคจากภาวะอับอากาศ) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการได้เมื่อเกิดเหตุการณ์ 2. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอมาตรการต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / 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) พนักงานเจ้าหน้าที่ ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น social media วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว สื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างน้อย 1 กลุ่ม

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
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 x 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/เหตุการณ์ จากระบบ 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/เหตุการณ์ จากระบบ Event based 2. สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการดำเนินการแก่จังหวัดตามมาตรการสำคัญทั้ง 3 ข้อตามที่ระบุไว้ในนิยาม	**ระดับ สคร./สปคม.** 1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์ จากระบบ Event based 2. ร่วมสนับสนุนการประเมินผลการรับรู้ฯ พ.ร.บ.ฯ ในกลุ่มเป้าหมาย	**ระดับ สคร./สปคม.** 1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์ จากระบบ Event based 2. สรุปผลการดำเนินงานในภาพเขต รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

	ระดับจังหวัด/กทม. 1. จัดทำสถานการณ์ด้านโรคฯ และกำหนดมาตรการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ 2. จัดทำแผนการพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด 3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สื่อให้ความรู้ ไปยังกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม ผ่านช่องทางต่าง ๆ	**ระดับจังหวัด/กทม.** 1. พัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด (มีกระบวนงานและผู้รับผิดชอบชัดเจน) 2. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์ จากระบบ Event based 3. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวังฯ ผ่านกลไกคณะกรรมการฯ จังหวัด/กทม. 4. ติดตามการสื่อสารฯ การรับรู้ และความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม ภายใต้ 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 กลุ่ม ภายใต้ 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.		
		2564	2565	2566
		-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 3866 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. นายโกวิทย์ บุญมีพงศ์ 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 บูรณสถิตนนท์ 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. นางสาวพิชญ์ชฎาภาญ์ 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 60 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม ต่อเขตสุขภาพ** หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาต โดยมีเป้าหมายร้อยละ 60 ต่อเขตสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 60 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริมต่อเขตสุขภาพ	ร้อยละ 70 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริมต่อเขตสุขภาพ	ร้อยละ 80 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริมต่อเขตสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริมต่อเขตสุขภาพ

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	อย. นำผลพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพจากส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคเข้าระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาตทั้งประเทศ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมตามแผนรวมทั้งประเทศ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 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 30	ร้อยละ 45	ร้อยละ 60

วิธีการประเมินผล : จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เอกสารสนับสนุน : -

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย และ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่ได้รับการอนุญาตจาก ผู้ประกอบการ ที่ได้รับการส่งเสริม	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 จงวรกุล นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7206 /0 2590 7214 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : - E-mail : planning.food@gmail.com
กองอาหาร

1.2 ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง

นางเกษรา จันทรวงศ์ไพศาล เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8490 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 0 2591 8468 E-mail : cosmetic@fda.moph.go.th
กองควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย

1.3 ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย

นางวิชญ์สินี จองประเสริฐ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7385 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : - E-mail : wichsinee@gmail.com
กองควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย

1.4 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

นางสาวดวงกมล ภักดีสัตยพงศ์ เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7476 โทรศัพท์มือถือ : 08 1693 8383
โทรสาร : 0 2590 7478 E-mail : pjoy17@gmail.com
กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร

2. ว่าที่ ร.อ. รติพงศ์ นิรัติศยกุล เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7397-8 โทรศัพท์มือถือ : 06 1991 4687
โทรสาร : 0 2591 8484 E-mail : ratipong@fda.moph.go.th
กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุดมลักษณ์ มะกรูดอินทร์ 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 ที่มิใช่ที่หรือทางสาธารณะ และมิใช่การขายของในตลาด 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 สถานประกอบการอาหารที่จะได้รับป้ายรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานครจะต้องเป็นสถานประกอบการอาหารที่ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร 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 (ขอกำหนดค้าเป้าหมายตามประเด็นขาดคาดแดง)

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

หมายเหตุ: ค่าเป้าหมายตามกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

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) เพื่อกระตุ้นตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนด 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 การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 5. คู่มือ มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 6. คู่มือ การดำเนินการของหน่วยงานจัดอบรมตามประกาศอบรมผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร 7. คู่มือ หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร

	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 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4861 โทรศัพท์มือถือ : 080 397 4445 โทรสาร : 0 2590 4186 E-mail : Araya.w@anamai.mail.go.th **สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย** 2. นายเอกชัย ชัยเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4178 โทรศัพท์มือถือ : 081 569 9044 โทรสาร : 0 2590 4188 E-mail : ekkachai.c@anamai.mail.go.th **สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.ชัญญานุช เวียงแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4865 โทรศัพท์มือถือ : 08 4527 0954 โทรสาร : 0 2590 4188 E-mail : saranghae99@hotmail.com **สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย**

หมวด	**1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)**
แผนที่	**4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม**
โครงการที่	**1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/เขต/ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**15. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)**
คำนิยาม	**โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ 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 พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคารโดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย

	โรงพยาบาล	รวมทั้งผู้มารับบริการ
		9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหารการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
		11.ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร 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: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
	ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน	
	1. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (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 **- ระดับมาตรฐาน ขึ้นไปร้อยละ 90 - ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ 50 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30**

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ 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 ผ่านเกณฑ์**ระดับมาตรฐานขึ้นไป**
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์**ระดับมาตรฐานขึ้นไป**
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
ทุกเขตสุขภาพมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล 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. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ 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. คู่มือการดำเนินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล
5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล
6. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล
7. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน
8. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ 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

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 26 สิงหาคม 2566*

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวปรียนิตย์ ใหม่เจริญศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ : -
   โทรสาร : 02-5904200 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. นางสาวปรียนิตย์ ใหม่เจริญศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904946 2. นายปราโมทย์ 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 แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ **คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ** หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว **บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้** (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาชาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข 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 เพื่อให้มีเกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม 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 เรื่องหลักเกณฑ์และชั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 19 ตุลาคม 2564 และจะมีผลบังคับใช้ ตุลาคม 2565 จากสถานการณ์ดังกล่าวนับเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า รพ.สต./สอน. ที่ถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 3,263 หน่วย ทำให้คุณสมบัติที่จะคงสภาพเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด เช่น การขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ถ่ายโอน รพ.สต. แต่ เจ้าหน้าที่ไม่ถ่ายโอนไป ทำให้ขาดบุคลากรในส่วนที่เป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ประกอบกับการประเมินคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีบุคลากรตามที่กฎหมายกำหนด จำนวน 1,579 หน่วย ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้ปรับลดค่าเป้าหมายลง

วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลตนเองและครอบครัว 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 และสุ่มลงประเมินในพื้นที่
เอกสารสนับสนุน :	ระบบขึ้นทะเบียน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	2,512	3,191	3,702

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อภิสรรค์ 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 และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติฯ ซึ่งกำหนดเป้าหมายการดำเนินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 4,000 ตำบล **การจัดการสุขภาพ** หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามประเด็นปัญหาสุขภาพของของพื้นที่ด้วยกระบวนการ TPAR ประกอบด้วย สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน (Team) . มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ขับเคลื่อนผ่านทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน **ทีมเครือข่ายสุขภาพ** หมายถึง ทีมภาคีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย รพ.สต. อบต. โรงเรียน แกนนำสุขภาพ (อสม./ยุวอสม.) และเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

เกณฑ์การประเมินชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพ : ตำบลมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามกระบวนการ TPAR โดยมีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ 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 9เดือน	รอบ 12เดือน
- 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

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. นางรุ่งกาญจน์ รณหงษา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18709 โทรสาร :02 149 5650
โทรศัพท์มือถือ: 085 484 8618 อีเมล์ : rungkarn21@gmail.com
กลุ่มแผนงานและประเมินผล กองสุขศึกษา
3. นางสาวธัญชนก ขุมทอง 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.นางสาวสันสินี ชุ่มเมืองปัก ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18605 โทรสาร :02 149 5651
โทรศัพท์มือถือ: 098 745 7579 อีเมล์ : 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 อีเมล์ : 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 อีเมล์ : rungkarn21@gmail.com **กลุ่มแผนงานและประเมินผล กองสุขศึกษา**

เป้าหมายการดำเนินงาน ปี2567 : ขับเคลื่อนชุมชนจัดการสุขภาพ

เขต	จังหวัด	เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและชุมชนจัดการสุขภาพ			ส่งเสริมการพัฒนามาตรฐานงานสุขศึกษาเชื่อมต่อชุมชน (รพสต.)
		1 : จำนวนตำบลทั้งหมด	2 : จำนวนชุมชนเป้าหมายการดำเนินงาน*	3 : จำนวนชุมชนจัดการสุขภาพ (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**

<u>หมายเหตุ</u> : *จำนวนชุมชนเป้าหมายการดำเนินงาน~ ร้อยละ 55 ของตำบลทั้งหมด (1)

**จำนวนชุมชนจัดการสุขภาพ (ร้อยละ 80) ของชุมชนเป้าหมายการดำเนินงานทั้งหมด (2)

หมวด	**2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**
แผนที่	**6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (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	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 7	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	รอบ 12 เดือน
-	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13 (รายงาน ตก.2)
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ 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

คำนิยามตัวชี้วัดย่อย 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	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	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 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

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>ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</td><td>ร้อยละ</td><td>73.90</td><td>72.32</td><td>73.02 (9 เดือน)</td></tr></table> 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. นางจุฑาภรณ์ 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. นางจุฑาภรณ์ 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 อภิปาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: Evaluation.dms@gmail.com **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์**

ภาคผนวก : Small Success การดำเนินงานอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 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 ≥ 65% 2. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit ≥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 ≥ 70% 5. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥ 75% 6. มีการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข 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 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 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 อุบัติการณ์วัณโรค (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

ทะเบียนในปีงบประมาณ 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 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “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 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน **2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)** คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 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) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	• ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2567) • ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

	รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	1. วิเคราะห์สถานการณ์ขนาดและความรุนแรงของปัญหากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค 2. จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัดค้นหา รักษา และพัฒนาระบบการส่งติดตามผลการรักษา	กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 6 เดือน	กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงานในรอบ 9 เดือน	ร้อยละ 88

วิธีการประเมินผล :

1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพและจังหวัด
2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพและจังหวัด

1. ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค)
ประเมินในภาพรวมของประเทศ

2. ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ประเมินในระดับพื้นที่เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

3. ระดับจังหวัด
ประเมินในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

1.แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
2.โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566*
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	85.0	80.8	
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	68.5	69.4	

*** หมายเหตุ** ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ยังไม่ครบรอบประเมิน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กรมควบคุมโรค กองวัณโรค

1. แพทย์หญิงผลิน กมลวันท์ ผู้อำนวยการกองวัณโรค
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279
   โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : drphalin09@gmail.com

2. นายจิรวัฒน์ วรสิงห์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
   โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560
   โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : jivbtb@gmail.com

3. นางสาวภัทรากาญจน์ วิถาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553
   โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com

4. นางสาวยามีหรา สายเส็น นักวิชาการสาธารณสุข
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 099 219 3925
   โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : meera.sasuk@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	**กรมควบคุมโรค กองวัณโรค** นางสาวภัทรากาญจน์ วิถาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายจิรวัฒน์ วรสิงห์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : jivbtb@gmail.com 2. นางสาวภัทรากาญจน์ วิถาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com 3. นางสาวยามีหรา สายเส็น 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 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 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 อุบัติการณ์วัณโรค (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

ทะเบียนในปีงบประมาณ 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 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “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
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	85	85	85	85

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน **2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)** คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 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. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด

	2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพและจังหวัด **1. ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค)** ประเมินในภาพรวมของประเทศ **2. ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค** ประเมินในระดับพื้นที่เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค **3. ระดับจังหวัด** ประเมินในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 2.โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566*
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	85.0	80.8	
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	68.5	69.4	

*** หมายเหตุ** ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ยังไม่ครบรอบประเมิน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กรมควบคุมโรค กองวัณโรค

1. แพทย์หญิงผลิน กมลวันท์ ผู้อำนวยการกองวัณโรค
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279
   โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : drphalin09@gmail.com
2. นายจิรวัฒน์ วรสิงห์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
   โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560
   โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : jivbtb@gmail.com
3. นางสาวภัทรากาญจน์ วิถาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553
   โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com
4. นางสาวยามีหรา สายเส็น นักวิชาการสาธารณสุข
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 099 219 3925
   โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : meera.sasuk@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

กรมควบคุมโรค กองวัณโรค

นางสาวภัทรากาญจน์ วิถาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553
โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายจิรวัฒน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 E-mail : jivbtb@gmail.com
	2. นางสาวภัทรากาญจน์ วิถาทานัง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 E-mail : pattarakan1988@gmail.com
	3. นางสาวยามีหรา สายเส็น 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. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด และกรุงเทพมหานคร**
ชื่อตัวชี้วัด	**21. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด**
คำนิยาม	การขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือเรียกว่า RDU province เป็นการพัฒนาระบบยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้วยกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (six buiding block plus) โดยรูปแบบการดำเนินการสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่การแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายคือ การมีชุมชนสุขภาพดี การมีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชาชนทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น และประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะสามารถดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งเป็นการนำมติคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้การพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแก้ปัญหายาในชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิผล คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย **1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล** หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้ยาในการดูแลสุขภาพตนเองตามความจำเป็น 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 ใช้ยาอย่างมีประสิทธิผล 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 หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เทียบเท่าในกรุงเทพมหานคร **เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร)** โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร 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) x 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 ในทุกอำเภอและตั้งเป้าหมายการพัฒนาปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นระดับดีขึ้นไป	อย่างน้อย 19 จังหวัด (ร้อยละ 25)	อย่างน้อย 28 จังหวัด (ร้อยละ 37)	1. อย่างน้อย 38 จังหวัด (ร้อยละ 50) 2. จังหวัดมีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนา RDU community ระดับดีขึ้นไป ในอำเภอเป้าหมาย
ส่วนที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 แก่ RDU doctor และ RDU coordinator ในแต่ละอำเภอ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชี้แจงแนวทางดำเนินงานและวางแผนร่วมกับสถานบริการสุขภาพแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนต่อไปนี้ เป็นไปตามเกณฑ์ RDU เป้าหมาย* ใน - รพ.รัฐ สป.สธ. - รพ.สต. สป.สธ. - โรงพยาบาลเอกชน - คลินิกเอกชน - ร้านยา - ร้านชำ (ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย)	สถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนต่อไปนี้ เป็นไปตามเกณฑ์ RDU เป้าหมาย* ใน - รพ.รัฐ สป.สธ. - รพ.สต. สป.สธ. - โรงพยาบาลเอกชน - คลินิกเอกชน - ร้านยา - ร้านชำ (ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย)	สถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนต่อไปนี้ เป็นไปตามเกณฑ์ RDU เป้าหมาย* ใน - รพ.รัฐ สป.สธ. - รพ.สต. สป.สธ. - โรงพยาบาลเอกชน - คลินิกเอกชน - ร้านยา - ร้านชำ (ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย)
ส่วนที่ 2 ความปลอดภัยจากการใช้ยา			
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชี้แจงและทำความเข้าใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาลแก่ผู้เกี่ยวข้อง 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 และอำเภอเป้าหมาย	แต่ละจังหวัดดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอเป้าหมาย	แต่ละจังหวัดดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอเป้าหมาย	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 มีการพัฒนาและผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการสั่งใช้ยาที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 65 ดังต่อไปนี้

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

วิธีการประเมินผล :

- **เขตสุขภาพที่ 1-12**

1. โรงพยาบาลรัฐ สังกัด สป.สธ. และ รพ.สต. ส่งข้อมูล

1.1 ตัวชี้วัดการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล รายงานในระบบ HDC

1.2 รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตาม trigger ที่กำหนด และรายงานในระบบรายงานของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน รายงานในระบบรายงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3.1 ติดตาม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ร้านยาและร้านชำ ผ่านระบบการรายงานสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดที่กำหนด

3.2 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 และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 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=51448013211999436 8&name=Law03-24-01.pdf) 6. แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/69) 7. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 12.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (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	

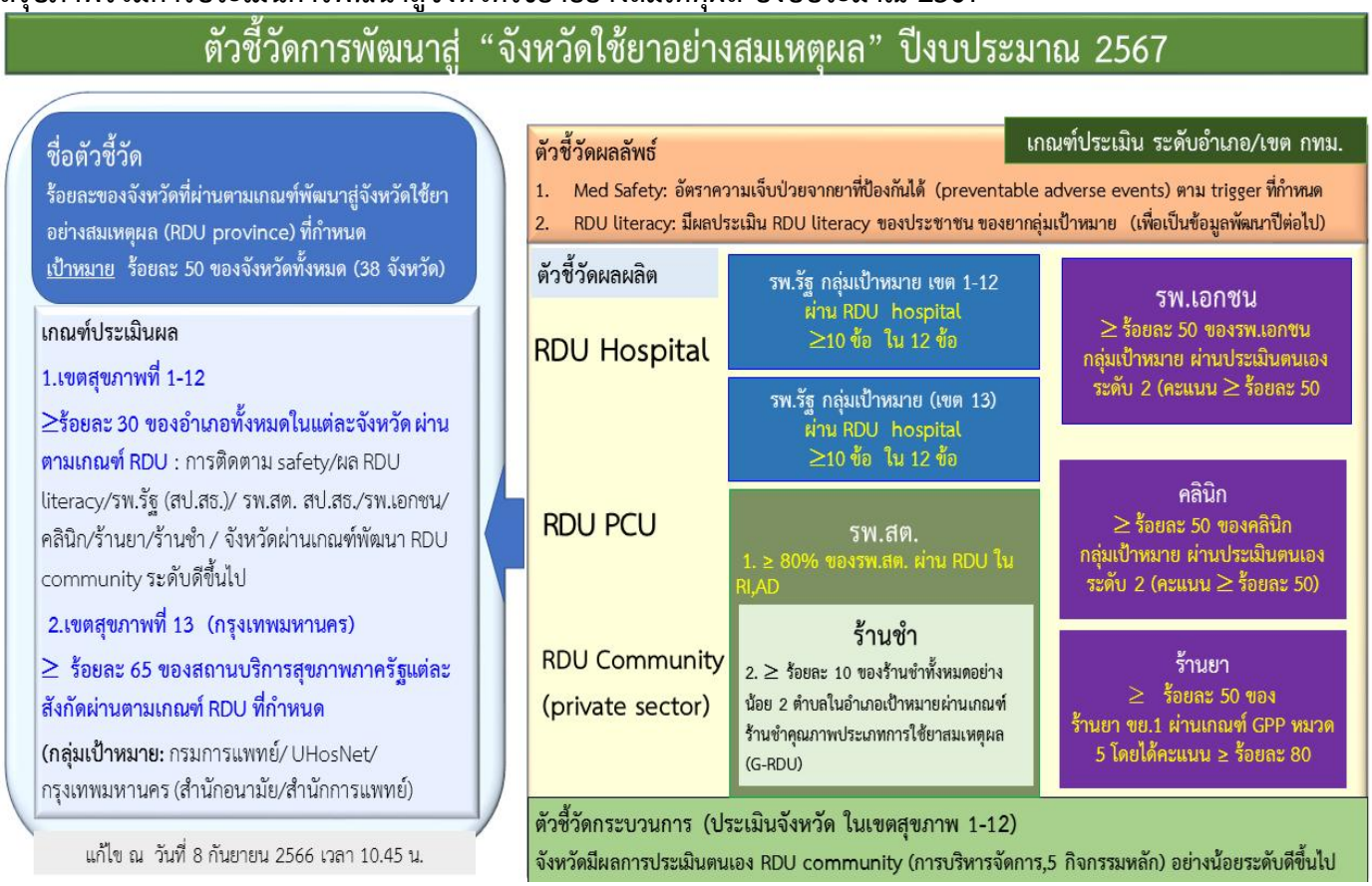
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล (RDU province)	ร้อยละ	-	ร้อยละ 72.37 ของจังหวัดทั้งหมด (55 จังหวัด) (เกณฑ์ประเมิน อย่างน้อย 1 อำเภอ รพ.สป.สธ./รพ.สต./ร้านชำ ผ่านตามเกณฑ์)	ร้อยละ 84.21 ของจังหวัดทั้งหมด (64 จังหวัด) (เกณฑ์ประเมิน **เขต 1-12** อย่างน้อย ร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมดในจังหวัด (รพ.สป.สธ./ รพ.สต./ร้านชำ) ผ่านตามเกณฑ์ **เขต 13** สถานพยาบาลแต่ละสังกัด ร้อยละ 60 ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการจาก 3 หน่วยงานหลักในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ **1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** ประเด็น RDU hospital/ RDU PCU/ RDU community/ ระบบข้อมูลตัวชี้วัดใน HDC/ การประเมิน RDU literacy 1.1 นพ.ปฏิวัติ วงศ์งาม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1755 1.2 ภญ.นุชน้อย ประภาโส เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 09 6485 0216 โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : nuchnoi.fda@gmail.com 1.3 ภญ.ปณิดา ชมะวรรณ์ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 08 9613 3562, 06 2684 6565 โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : gyaijaa@gmail.com
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	**2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** รับผิดชอบประเด็นแนวทางพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล/ อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล การส่งเสริมการพัฒนา GPP ของร้านยา/ การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ/ ร้านค้าออนไลน์/ การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ/ นิเทศ ติดตามการดำเนินงาน/ สรุปข้อมูลภาพรวมการพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล และตัวชี้วัดผลลัพธ์ความปลอดภัยด้านยา ● **กองนโยบายแห่งชาติด้านยา** 1. ภญ.อัญชลี จิตรักนที ผู้อำนวยการกองนโยบายแห่งชาติด้านยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155 โทรศัพท์มือถือ : 08 1138 2842 โทรสาร : 0 2590 7341 E-mail : ajrn218@gmail.com 2. ภญ.นุชรินธ์ โตมาชา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155 โทรศัพท์มือถือ : 06 1731 7779 โทรสาร : 0 2590 7341 E-mail : nuchy408@gmail.com 3. ภญ.นภาภรณ์ ภูริปัญญวานิช เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155 โทรศัพท์มือถือ : 08 1952 9663 โทรสาร : 0 2590 7341 E-mail : rduth.2015@gmail.com ประเด็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ เรื่องความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ● **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ)** ภญ.วัสกาญจณ์ พรชัยวัฒนากร เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7253 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2591 8457 E-mail : adr@fda.moph.go.th เฉพาะตัวชี้วัดผลลัพธ์ เรื่อง ความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
	3. กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประเด็นการพัฒนา RDU ในสถานพยาบาลเอกชน 3.1 ทันตแพทย์หญิงนลินา ตันตินิรามัย ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7016 โทรสาร : 0 2149 5631 3.2 ภญ.รังสิมา ไชยาสุ เภสัชกรชำนาญการ (โรงพยาบาลเอกชน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7000 ต่อ 18406 โทรศัพท์มือถือ : 08 1990 0695 โทรสาร : 0 2149 5631 E-mail : yrangsima@gmail.com

	3.3 นางประไพ ตรีกาลนนท์ 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
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ภญ.นุชรินธ์ โตมาชา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155 โทรศัพท์มือถือ : 06 1731 7779 โทรสาร : 0 2590 7341 E-mail : nuchy408@gmail.com **กองนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**

เอกสารแนบท้าย

สรุปภาพรวมการประเมินการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2567



หมวด	**2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**
แผนที่	**6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล**
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. *Acinetobacter baumannii* ดื้อต่อยา carbapenem (CRAB) 2. *Klebsiella pneumoniae* ดื้อต่อยา carbapenem (CRKP) 3. *Escherichia coli* ดื้อต่อยา carbapenem (CREC) **hospital origin** หมายถึง การติดเชื้อภายหลังจากเข้านอนในโรงพยาบาลมากกว่า 2 วันปฏิทิน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 65	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 66	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *A. baumannii, K.pneumoniae, E. coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 67	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน 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)

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 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
	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 66 (ม.ค.-ธ.ค. 66) เทียบกับbaseline ปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65)		อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *A. baumannii, K.pneumoniae, E.coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 67 (ม.ค.-มิ.ย.67) เทียบกับbaseline ปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65)

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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 *A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli* ที่ดื้อยา carbapenem	ต่อ 100,000 ราย ที่ได้รับการตรวจ hemoculture	-	-	**5,917** ระดับ A = 6,999 ระดับ S = 4,726 ระดับ M1 = 2,505

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ภญ.นุชน้อย ประภาโส **เภสัชกรชำนาญการพิเศษ**
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 06 4262 1919
โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : nuchnoi.fda@gmail.com
กองบริหารการสาธารณสุข

ภญ.ปณิดา ชมะวรรณ์ **เภสัชกรชำนาญการ**
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 08 9613 3562
โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : gyaijaa@gmail.com
กองบริหารการสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

นางกฤษติญา ท้วมสุวรรณ **นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ**
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 06 4924 2663
โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : knoiprapai@gmail.com
กองบริหารการสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ภญ.ปณิดา ชมะวรรณ์ **เภสัชกรชำนาญการ**
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 08 9613 3562
โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : gyaijaa@gmail.com
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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** ทารกที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 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) x 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 ทารกเกิดมีชีพ	4.71	4.43	5.39

หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.จิรวรรณ อารยะพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038 931 000 โทรศัพท์มือถือ : 081 271 1072 **โรงพยาบาลชลบุรี** 2. นพ.อดิศัย ภัตตาตั้ง ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 09 1818 8585 3. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิดิ์เดช 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 บุญกษิดิ์เดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com **สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์** 2. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช 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 ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC <u>เกณฑ์ร้อยละ 40</u>) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย 5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC <u>เกณฑ์ร้อยละ 40)</u> * เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช กำหนด 6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย 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 โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (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 โดยสานักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด 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 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
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. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrugsystem2561_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
7. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และกรมการแพทย์
8. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization.
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
10. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ 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
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี กรมการแพทย์
2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง 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 นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-861-3078 E-mail: chonsanee@gmail.com โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี กรมการแพทย์ 2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466 โทรสาร : 0 2245 7580 E-mail: noiduenpen@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 3. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช 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	**6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**25. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)**
คำนิยาม	**การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)** หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 **คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย** อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่าเกิดจากลมอโธคมาวาตา และลมอุทธังคมาวาตา พัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์, 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 อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก 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 - อัมพาตเฉพาะแขน: U61.13 - อัมพาตเฉพาะขา: U61.14 - อัมพาตหน้า: U61.15 - อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18 - อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19 ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย (100-77-00) ถึง (999-78-88) หรือให้หัตถการแผนไทยควบคู่กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบ **3. แพทย์แผนจีน** ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ - โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U78.110 - อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U78.111 - โรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U78.112 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U78.113 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U78.114 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลวง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบากว่า

	โรคหลอดสมองที่อวัยวะตัน (Bowel stroke): U78.115 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะตัน (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117 ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 9991801 Electo-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/คณะทำงานของหน่วยบริการสาธารณสุข 2. มี (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CPG) ของหน่วยบริการสาธารณสุข และมีระบบส่งต่อระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข	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 ได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ ที่มีรหัส 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ตามด้วยรหัสโรค U78.110 ถึง U78.117	คน	9,072	8,143	20,822
จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด ในสถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	คน	312,858	330,888	222,646
คิดเป็นร้อยละ		2.9	-	9.4

<u>ที่มา</u> HDC ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2566

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมศักดิ์ กรีชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5648 **สถาบันการแพทย์แผนไทย** 2. นายกุลธนิต วนรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : 0-2591-4409 **กองการแพทย์ทางเลือก** 3. นางสาวรัชนี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 **กองวิชาการและแผนงาน**	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 087-571-5566 E-mail : augus.organ@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 เฉลิมพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 **สถาบันการแพทย์แผนไทย** 2. นางพันธ์วิรา 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 ของหน่วยบริการสถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 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 - การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทับหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก

	- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน **รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย** 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 (1I00 ถึง 1I081)** 1I00 ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I01 การบริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I02 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I03 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I04 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I05 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 1I050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอาบสมุนไพรที่บ้าน 1I051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน 1I052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน 1I053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน 1I058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน 1I06 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่บ้าน 1I060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนั่งถ่านที่บ้าน 1I07 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1I070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน 1I071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริบาลทารกด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1I08 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน 1I080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน 1I081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน **รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (1I100 ถึง 1I183)** 1I100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure) 1I101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น 1I102 การให้บริการสมาธิบำบัด 1I103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage) 1I104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนิฟแอสซิสต์ (Nerve Assist) 1I105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) 1I110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy) 1I111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Caeb 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 สมดุลร่างกายด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี) **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 :	

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 สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิในชุมชน (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) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือ สั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือให้หัตถการแผนไทย (100-77-00 ถึง 999-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (100-79-00 ถึง 999-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (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) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 38	-	ร้อยละ 40
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 หญิงหลังคลอด ผู้สูงอายุ เป็นต้น	

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	2566
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 กรีชัย ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรศัพท์มือถือ : 087-571-5566
โทรสาร : 0-2149-5648 E-mail : augus.organ@gmail.com
สถาบันการแพทย์แผนไทย

	2. นางสาวรัชนี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 **กองวิชาการและแผนงาน**	ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจีรนันท์ บรรทัด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 **สถาบันการแพทย์แผนไทย**	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 080-778-7085 E-mail : jeeranan.ban1992@gmail.com
	2. นางพันธ์วิรา เวยสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - **กองวิชาการและแผนงาน**	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 082-465-4945 E-mail : panvira06@gmail.com
	3. นางสาวจิราวรรณ บุตรบุราณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 **กองวิชาการและแผนงาน**	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 ในสถานบริการตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึง สิ้นเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงสิงหาคม ของทุกปี จากสถานบริการใดก็ได้ (พบแพทย์/ รับยา/ มารับบริการอื่นๆ เช่น รับยาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Tele-psychiatry/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลดลงตั้งแต่ 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/ รับยา/ มารับบริการอื่นๆ เช่น รับยาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Telepsychiatry/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลดลง 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 ได้รับการรักษาต่อเนื่อง<u>จากสถานบริการใดก็ได้</u> ภายใน 1 ตุลาคม ถึง สิ้นเดือนสิงหาคม อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลดลงตั้งแต่ 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 **<u>จากสถานบริการทั้งหมด</u>** ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (หน่วยคน) ไม่นับซ้ำในกรณีถูกนับเป็น B จากสถานบริการทั้งหมดแล้วตาม First visit
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	11 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 55

วิธีการประเมินผล :	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (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
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885
   โทรสาร : 045-352514 E-mail : pat-ukn@yahoo.com
2. แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352500 โทรศัพท์มือถือ : 080-5989191
   โทรสาร : 045-352514 E-mail : info@thaidepression.com
3. นางกมลทิพย์ สงวนรัมย์
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 099-6953694
   โทรสาร : 045-352514 E-mail : info@thaidepression.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)

1. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1. นายอรรถกร วงค์อนันต์
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 083-1287033
   โทรสาร : 045-352513 E-mail : info@thaidepression.com
   ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
2. นางสาวอมราภรณ์ ฝางแก้ว
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 084-7589498
   โทรสาร : 045-352513 E-mail : tcprasri64@hotmail.com
   กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาลจิตเวชสู่ความเป็นเลิศ

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 (ปีงบประมาณนับตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2566-วันที่ 30 กันยายน 2567) ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายจาก ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ/ 1669/ ตำรวจ/ อื่นๆ รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันท่วงที 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และด่านกั้น รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชนโดยทีมสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายของจังหวัด /อำเภอ หรือ และ ร่วมกับทีมจิตเวชพี้เลี้ยง ในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชน สังคม 4) ได้รับการช่วยเหลือขจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง จากบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพสต /รพช /รพท/รพศ /หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และด่านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย จาก แกนนำชุมชน / อปต /อปจ และบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพสต /รพช /รพท/รพศ 6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่

	7) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย 1ปี เพื่อป้องกันไม่ให้กระทำซ้ำ 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 จะใช้ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ทดแทน **28.2** : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจาก ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข **หมายเหตุ** 1) ข้อมูล จาก Health Data Center (HDC) จะเป็นการรายงานข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมในผู้ที่ทำร้ายตนเองที่บาดเจ็บไม่รุนแรงและไม่ได้มารับบริการ 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) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย 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 :

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-มิย 66)
	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	98.03	98.09 ณ วันที่ 26 กย 65	98.25 ณ วันที่ 8 กันยายน2566

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	**โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์** 1. นายแพทย์ธรณินทร์ 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 ชาปัญญา 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** การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อน้าไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ 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	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired** ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ
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)

<table>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A+C) / D × 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รายงานเป็นรายไตรมาส</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ
2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 - 13</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<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>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นายแพทย์พจน์ อินทลาภาพร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ: 08 1612 5891 E–mail :drpojin@yahoo.com
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
2. นายแพทย์รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ รองนายแพทย์สาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ: 08 1596 8535 E–mail: mr.sepsis@yahoo.com
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 1204 E-mail: ictmoph@moph.go.th
3. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6359 โทรสาร: 02 965 9851
E-mail: supervision.dms@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6359 โทรสาร: 02 965 9851
E-mail: supervision.dms@gmail.com
2. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564
โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: Evaluation.dms@gmail.com
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</td></tr>
</table>

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	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) มากกว่าร้อยละ 80 ของเขตสุขภาพ	จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) ทุกโรงพยาบาลของเขตสุขภาพร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	ลดอัตราตาย 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

ตารางประกอบคำนิยาม

<u>ตารางที่ 1</u> SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature >38°C or <36°C
Heart rate >90 beats/min
Respiratory rate >20 /min หรือ PaCO2<32 mm Hg
WBC >12,000 /mm3, <4000 /mm3, หรือมี band form >10 %

<u>ตารางที่ 2</u> tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension
ค่า blood lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL)
Urine output <0.5 mL/kg/hrเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม. แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ
Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2<250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ
Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2<200 โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ
Creatinine>2.0 mg/dL(176.8μmol/L)
Bilirubin >2 mg/dL(34.2μmol/L)
Platelet count <100,000μL
Coagulopathy (international normalized ratio >1.5 หรือ aPTT> 60 วินาที)

<u>ตารางที่ 3</u> 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

<u>ตารางที่ 4</u> SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
temp		≤35	35.1 – 36	36.1 – 38	38.1 - 38.4	≥38.5	
Sys BP	≤80	81 – 90	91 – 100	10 – 180	181 – 199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
HR	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
RR	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9 – 20	21 – 25	26 – 35	≥36
Neuro			**สับสน** กระสับกระส่ายที่เพิ่งเกิดขึ้น	**ตื่นดี** พูดคุยรู้เรื่อง	**ซึม** แต่เรียกแล้วลืมตา สลึมลือ	**ซึมมาก** ต้องกระตุ้นจึงจะลืมตา	**ไม่รู้สึกตัว** แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ยากระตุ้นความดันโลหิต = Dopamine, Levophed, Dobutamine, Adrenaline							

<u>ตารางที่ 5</u> 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

<u>ตารางที่ 6</u> 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 และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด** **30.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI** **30.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด** **30.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลา ที่กำหนด** **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 หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

เกณฑ์เป้าหมาย :

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:

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) x 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 30.2.2	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI `ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (C/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	47.76	50.34	51.44
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	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 กับประชาชนในด้าน 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 ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	มี	มี	มี
- รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้	มี	มี	มี	มี
- มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7	มี	มี	มี	มี
- อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย 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 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	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** 2. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช 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	**10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**31. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง** **31.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** **31.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy** **31.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง** **31.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy**
คำนิยาม	**1) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีHPV 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) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีHPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์16 และหรือ18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy) • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้นหลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลือมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ ≥ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล **3) การส่องกล้อง Colposcopy** หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูกช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด ***ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วย สามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานในปีงบประมาณนั้นได้** 4) **การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง** หมายถึงประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีFecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้นซึ่งประชากร กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ในรอบ 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) (C_1) 2. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C_2) 3. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP_1) 4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP_2) 5. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี(ตามเป้าหมายรายปี) (F_1) 6. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F_2) 7. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (CL_1) 8. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL_2)

	*การบันทึกข้อมูล 1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcxs2020 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 จะได้**ค่าเป้าหมายรายปี 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 ค่า**เป้าหมายรายปี 10,000 คน** $B(CL_1)$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งปากมดลูก** 1. $(A(C_2)/ B(C_1)) X 100$ 2. $(A(CP_2)/ B(CP_1)) X 100$ *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) x 100 = ร้อยละ 64.28

	สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งลำไส้และไส้ตรง 1. $(A(F_2)/ B(F_1)) X 100$ 2. $(A(CL_2)/ B(CL_1)) X 100$ *ตัวอย่างการคำนวณ $A(F_2)$ = ในปีงบ.... ทำการคัดกรองมะเร็งลำไส้ได้ 5,000 คน $B(F_1)$ = ประชากรเป้าหมาย (เป้าหมายรายปี) จำนวน 10,000 คน คิดเป็น (5,000/10,000) x 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 :	**<u>มะเร็งปากมดลูก</u>** 1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ 2. ฐานข้อมูล สปสช. **<u>มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</u>** 1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ 2. ฐานข้อมูล สปสช. 3. จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

หมายเหตุ : 1) ข้อมูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการส่องกล้อง Colposcopy จากฐานข้อมูล สปสช. ณ วันที่ 13 ก.ย. 2566
2) ข้อมูลคัดกรองมะเร็งลำไส้ฯและการส่องกล้อง Colonoscopy จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 13 ก.ย. 2566

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ว่าที่ ร.ต.ท.หญิงนภา ศิริวิวัฒนากุล ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 2. นพ.ดนัย มโนรมณ์ รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรศัพท์มือถือ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 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 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com 2. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช 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	**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) ที่เกิดจากผลการดาเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน
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 ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**วิธีคิดของปี 25xx:** $\left[\frac{\left\{\text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปีที่ 25xx} - \text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปีที่ (25xx – 1)}\right\} \times 100}{\text{จำนวนของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ทั้งหมดในปีที่ (25xx – 1)}}\right] - \left[\frac{\left\{\text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปีที่ (25xx – 1)} - \text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปีที่ (25xx – 2)}\right\} \times 100}{\text{จำนวนของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ทั้งหมดในปีที่ (25xx – 2)}}\right] < 10$ ***โดย 'จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด' = จำนวนผู้ป่วยที่มี GFR < 15 รวมทั้งผู้ป่วย dialysis และไม่มีการวินิจฉัย 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 อภิปาลกุลวณิช 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 :

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) x 100 หมายหตุ * คำนวณแยกรายเขตสุขภาพ โดยใช้ปี 2566 ในการเทียบเพิ่มขึ้นร้อยละ 20
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

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 และข้อมูลจากสำนักดิจิทัลการแพทย์ 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 ผลโภค 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 ผลโภค 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 อภิปาลกุลวณิช 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** ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข *การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง **หมายถึง** การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะรายตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน 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 ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (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	รอบ 12 เดือน
62	62	62	62

วิธีการประเมินผล :

สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผล โดย สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

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

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย3ปี 60.06)	57.94	58.15	64.09

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ – สกุล นายแพทย์อังกูร ภัทรากร 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 วิทยานุกูลลักษณ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-613052 โทรศัพท์มือถือ : 093-265-4696
   โทรสาร : E-mail :
   สถานที่ทำงาน : กรมการแพทย์
4. ชื่อ – สกุล นพ.อัครวัฒน์ เพียวพงภัควัต ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-725-8732
   โทรสาร : E-mail :
   สถานที่ทำงาน : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
5. ชื่อ – สกุล ดร.ปรีชวิชญ์ พรมจักร 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 ประไชโย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902422 โทรศัพท์มือถือ : 089-943-8257 โทรสาร : 02-5901863 E-mail : **สถานที่ทำงาน** : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข 2. ชื่อ – สกุล : นางสาวมีนา ชูใจ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5901863 E-mail : antidrugsnew2561@gmail.com **สถานที่ทำงาน** : กองบริหารการสาธารณสุข 3. ชื่อ – สกุล นางระเบียบ โตแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 โทรศัพท์มือถือ : 092-897-9299 โทรสาร : E-mail : **สถานที่ทำงาน** : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 4. ชื่อ – สกุล นายปวิช อภิปาลกุล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906350 โทรศัพท์มือถือ : 098-546-3564 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com **สถานที่ทำงาน** : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

หมวด	**2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**
แผนที่	**6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**14. โครงการการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**35. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน** **35.1. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน** **35.2. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed** **35.3. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน**
คำนิยาม	**การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)** หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง <u>ใน รพ.ทุกระดับ (A/S/M/ F) โดยให้บริการ ผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น</u> ***ผู้ป่วย Intermediate care** หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน 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 วันต่อสัปดาห์ 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

กิจกรรมการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน

<u>หมายเหตุ</u>

-การให้บริการ intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทลที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1, S24.0 – S24.1, S34.0 – S34.1, S34.3
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ 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 ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 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 เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย 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) ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง 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) โดยผู้ป่วยได้รับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 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 ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วย IMC <u>ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง*</u> และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วย IMC <u>ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง</u>
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนผู้ป่วย IMC <u>มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed</u>
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนผู้ป่วย IMC <u>ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด</u>
รายการข้อมูล 5	A3 = จำนวนผู้ป่วย IMC <u>ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน</u>

รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.1	(A1/B1) × 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.2	(A2/B2) × 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.3	(A3/B3) × 100
หมายเหตุ	คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด 1. การเข้ารับบริการการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง 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. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักฯ 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. นายแพทย์ศุภศิลป์ 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. แพทย์หญิงดวงจิตร สมิทธิ์นราเศรษฐ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9412 9609 E-mail : drdjsmithjohn@gmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ 5. แพทย์หญิงภูริชา ชัยวิรัช นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 1783 8262 E-mail : phurichapmr@gmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ 6. นางสาวมณีรัตน์ 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 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com 2. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

ภาคผนวกรายละเอียดตัวชี้วัด การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

<u>ภาคผนวก 1</u> เกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)

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

<u>ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ รพ.ได้ถูกกำหนด</u> 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. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยใน (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 (รวมเวลาการฟื้นฟูฯ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์)		
5. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นสภาพผู้ป่วยนอก (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. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นสภาพที่บ้าน (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. ต้องมีการดำเนินการ**ทุกรายการ**ในแต่ละข้อ จึงจะถือว่าผ่านในแต่ละข้อนั้น ๆ (ไม่นับรวมรายการที่ระบุ *ถ้ามี/ควรมี*)

2. ข้อ 7 – 8 หากรายการใดไม่มีบริการในโรงพยาบาลแต่มีการบริหารจัดการภายในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ถือว่าผ่าน

แผนการพัฒนา ได้แก่ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<u>ภาคผนวก 2</u> 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)

รพ. .....

ชื่อ.....ตึก.....

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

Diagnosis	Underlying disease
❑ Stroke..... ❑ Traumatic Brain Injury..... ❑ SCI.....	• ..... • ..... • .....

Problem list วันที่.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
❑ Hemiplegia ❑ Quadriplegia ❑ Paraplegia	❑ ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ❑ 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 ❑ อื่นๆ.....	❑ ADL evaluation and training ❑ Hand function training ❑ ประเมินการปรับสภาพบ้าน ❑ Home program ❑ อื่นๆ.....
❑ 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 กดทับแขน ❑ 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 ❑ ฝึกการแปรงฟัน/ 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 ❑ RetainFoley'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.		❑ กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว ❑ ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	❑ กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว ❑ ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	❑ กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว ❑ Sensory – specific training ❑ ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ
❑ ..... ❑				

*หมายเหตุ นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแทน

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

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..... .... <u>Progress Note</u> วันที่.....เวลา..... ลงชื่อแพทย์.....	เตียง.....สิทธิผู้ป่วย..... วันที่.....เวลา..... **ใช้สำหรับผู้ป่วยที่<u>พ้นระยะเฉียบพลัน</u>เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ** **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 โภชนากร (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 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 แนะนำเรื่องฝึก ADL/Hand function 1.6 Rehab NCM D/C plan 2. <u>งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์</u> เมื่อ 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 หัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT ลงชื่อแพทย์.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

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..... .... <u>Progress Note</u> วันที่.....เวลา..... ลงชื่อแพทย์.....	เตียง.....สิทธิผู้ป่วย..... วันที่.....เวลา..... **ใช้สำหรับผู้ป่วยที่<u>พ้นระยะเฉียบพลัน</u>เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ** **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 โภชนากร (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 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 แนะนำเรื่องฝึก ADL/Hand function 1.6 Rehab NCM D/C plan 2. <u>งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์</u> เมื่อ 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 หัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชักแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT 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 / แผ่นรองกันเปื้อน ❑ ใช้ยาระบาย / หรือสวนอุจจาระ ❑ ควบคุมอุจจาระได้เอง
❑ Bladder.....	❑ On Foley's cath ❑ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน ❑ CIC (Intermittent cath) ❑ Condom ❑ ควบคุมปัสสาวะได้เอง
❑ ..... ❑	

แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)

❑ Doctor (ชื่อ).....	❑ นัด follow up..... ❑ Plan admit เพื่อฟื้นฟูฯอีกครั้ง ❑ 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)..... ❑ 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)	20
admit												
D/C												

<u>ภาคผนวก 3</u> 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 หอผู้ป่วย:..... 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) ☐ ตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด ☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) ☐ Breathing exercise ☐ การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ ให้บริการกายภาพบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ ☐ การป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางกิจกรรมบำบัด ☐ ตรวจประเมินความคิดความเข้าใจ ☐ การส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ ประเมินสภาพบ้านและแนะนำสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ให้บริการกิจกรรมบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม
☐ BADLs	☐ ประเมินและติดตาม ADLs ☐ ประเมินอุปสรรคการทำ ADLs ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเช่น ระดับความสูงของเก้าอี้นั่งชักโครก ราวจับในห้องน้ำ เครื่องช่วยพยุงเดิน	☐ ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ในหอผู้ป่วย ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	☐ ADLs traininig (เน้น Toileting) ☐ Home program ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	☐ ADLs training (เน้น Toileting, Dressing) ☐ แนะนำการดัดแปลงอุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ☐ Home program
☐ Mobility & Transfer	☐ ประเมินและติดตามความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง ลงก้าอี้และรถเข็น ตลอดจนการขึ้นลงบันได ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การลุกนั่ง การย้ายตัว) ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	☐ 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 (การยืนเดิน) ในหอผู้ป่วย ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	☐ Exercise program (PRE, weight bearing, balance) ☐ Gait training ☐ แนะนำการใช้ gait aids ที่เหมาะสม หรือการใช้ wheelchair	
☐ Bowel & Bladder	☐ ประเมินและจัดการปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ☐ การให้ยาระบาย/ สวนอุจจาระ ☐ การคาสายสวนปัสสาวะ	☐ ให้การพยาบาลระบบการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และติดตามอาการ ☐ กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง ☐ เฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	☐ 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	☐ ประเมินความคิดความเข้าใจ ☐ วินิจฉัยภาวะ Delirium ☐ การรักษา/แก้ไขสาเหตุภาวะ Delirium	☐ ประเมินความคิดความเข้าใจ ☐ ติดตามภาวะ Delirium		☐ ประเมินความคิดความเข้าใจและฝึก (cognitive evaluation & training)

Remarks:	ชื่อ-สกุล:..... อายุ: .....ปี หอผู้ป่วย:..... HN: .....AN.....

PROBLEM LIST	PLAN OF MANAGEMENT			
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Osteoporosis	☐ ให้การรักษาด้วยยากลุ่ม Bisphophonate ☐ Calcium, vitamin D ☐ แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม	☐ ติดตามการให้ยารักษา / ผลข้างเคียงการใช้ยา ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย ☐ ให้ความรู้อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน	☐ Exercise program ☐ Fall prevention program (Strengthening, balance)	
☐ History of falling	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ การจัดการสาเหตุการหกล้ม ☐ ประเมินและปรึกษากายภาพบำบัดร่วมดูแล (Fall prevention program) ☐ ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล เช่น จักษุแพทย์ (การมองเห็น), แพทย์โสตศอนาสิก (การได้ยิน), เภสัชกร (การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา), ...	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ การจัดการสาเหตุการหกล้ม ☐ ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ ☐ Fall prevention program (Strengthening, balance)	
☐ Nutritional problem	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ (เช่น Nutrition alert form: NAF) ☐ การรักษาภาวะทุพโภชนาการ ☐ 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 ☐ การฟื้นตะแคงตัว ☐ การจัดท่าทางการนอนที่เหมาะสม ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) ☐ Breathing exercise ☐ Range of motion exercise (ROM) ☐ Positioning with hip dislocation precaution ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ
☐ อื่นๆ	....	....	....	....

***หมายเหตุ** : สถานพยาบาลที่ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด อาจมอบหมายให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ปฏิบัติแทนเบื้องต้น*

ลงชื่อแพทย์ /ทีมที่ร่วมประเมิน .....

.....

.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Underlying disease: ..... Premorbid status: ADL.....Ambulation..... ○ Community ambulator ○ Household ambulator ○ Non-ambulator	ชื่อ-สกุล:..... 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 ☐ **ปรึกษานักกายภาพบำบัด** เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืนเดิน (Mobility, transfer & Ambulation) ☐ **สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก** ○ NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) ○ Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า ≤20% BW) ○ Partial WB ได้ไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน ≤ 50% BW) ○ Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) ☐ **ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน** ○ Walker ○ Crutches ○ Cane ○ Wheelchair ○ ..... **กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม** ☐ Posterior approach ให้นอนกางขา ห้ามงอข้อสะโพกเกิน 90 องศา ห้ามทุบต้นขา ห้ามหมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน ☐ Anterolateral approach ห้ามกางต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก ☐ **ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด** เพื่อ.. ○ ADL training ○ Cognitive training ○ Home modifications ☐ **ปรึกษานักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช** ☐ **ปรึกษานักโภชนากร** ☐ **ปรึกษาทีม HHC/ COC** เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน ☐ ..... **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. งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์เมื่อ** 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 มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน **ลงชื่อแพทย์** .....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

REFER BACK

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Underlying disease: ..... Premorbid status: ADL.....Ambulation..... ○ Community ambulator ○ Household ambulator ○ Non-ambulator	ชื่อ-สกุล:..... 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		Admit ☐ Refer Back **รพช.** เพื่อ admit ดูแลหลังผ่าตัด (จนสามารถ Ambulate ได้ในกรณีผ่าตัด *หรือ* ญาติสามารถพร้อมดูแลที่บ้านในกรณีไม่ผ่าตัด) ☐ **ปรึกษานักกายภาพบำบัด** เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืนเดิน (Mobility, transfer & Ambulation) ☐ **สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก** ○ NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) ○ Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า ≤20% BW) ○ Partial WB ได้ไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน ≤ 50% BW) ○ Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) ☐ **ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน** ○ Walker ○ Crutches ○ Cane ○ Wheelchair ○ ..... ☐ **บริหารขยับข้อต่อข้างที่หัก** ○ Hip ○ Knee ○ Ankle **กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม** ☐ Posterior approach ให้นอนกางขา ห้ามงอข้อสะโพกเกิน 90 องศา ห้ามทุบต้นขา ห้ามหมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน ☐ Anterolateral approach ห้ามกางต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก ☐ **ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด** เพื่อ.. ○ ADL training ○ Cognitive training ○ Home modifications ☐ **ปรึกษาทีม HHC/ COC** เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 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. งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์ เมื่อ** 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 มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน **ลงชื่อแพทย์** .....

TEAM MEETING REPORT

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

โรงพยาบาล: :..... Team Meeting Report ครั้งที่: .....วันที่:.....เวลา:	ชื่อ-สกุล:..... 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	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ grooming	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ toileting *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ bathing	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ dressing *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
☐ Bed mobility & transfer	○ bed mobility	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ transfer (bed«»chair)*	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ transfer (bed«»wc) *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
☐ Ambulation : walk/ stairs	○ walk **	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ stairs **	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
		○ walk with gait aid (☐ walker ☐ Axillary cruches ☐ cane ☐ .....) ○ wheechair
☐ 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
นักโภชนากร (.....)	☐ 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) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** **36.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** **36.3 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** **36.3.1 หน่วยงานตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์** **36.3.2 หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต)**
คำนิยาม	1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน 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. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา 6. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน 751.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5) 7. งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการด้วยกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการ บริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข 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
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 5	ร้อยละ 7	ร้อยละ 10	ร้อยละ 12	ร้อยละ 15
ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 60	เพิ่มขึ้นร้อยละ 70	เพิ่มขึ้นร้อยละ 80	เพิ่มขึ้นร้อยละ 90	เพิ่มขึ้นร้อยละ 100
จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1.งานวิจัยอย่างน้อยกรมฯละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และเขตสุขภาพละ 2 ครั้ง	1.งานวิจัยอย่างน้อยกรมฯ ละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และ เขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง	1.งานวิจัยอย่างน้อยกรมฯ ละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และ เขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง	1.งานวิจัยอย่างน้อยกรมฯ ละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และ เขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง	1.งานวิจัยอย่างน้อยกรมฯ ละ 2 เรื่อง และ เขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2.มีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง และ เขตสุขภาพ ละ 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์	1.เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 2.เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 3.เพื่อส่งเสริมศักยภาพการทำงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รวบรวมจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2.รวบรวมจากการส่งข้อมูลผ่านสถาบันกัญชาทางการแพทย์
แหล่งข้อมูล	1.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2.สถาบันกัญชาทางการแพทย์

รายการข้อมูล 1	**ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** A1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ **ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** A2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2567 **จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** C - จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ และหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต)
รายการข้อมูล 2	**ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** B1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) **ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** B2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	36.1 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ =(A1/B1) x 100 36.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ = (A2-B2/B2) x 100 36.3.1 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ = C1 36.3.2 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยบริการใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต) = C2
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
1. มีการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 3	1. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 30	1.1 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5 1.2 ผู้ป่วยที่ทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 60
2 หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มีโครงร่างงานวิจัย และแผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	2 หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มีแผนการดำเนินงานวิจัยและจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	2 หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มีการดำเนินงานวิจัย และจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	2 หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มีงานวิจัย อย่างน้อยกรมฯละ 2 เรื่อง และมีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อยกรมฯ ละ 2 ครั้ง
3.เขตสุขภาพมีโครงร่างงานวิจัยและแผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	3.เขตสุขภาพมีแผนการดำเนินงานวิจัยและจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	3.เขตสุขภาพมีการดำเนินงานวิจัยและจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	3.เขตสุขภาพมีผลงานวิจัยอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 เรื่อง และมีกิจกรรมการจัดการความรู้อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 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 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 5	-	4.97	10.30
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 50	-	154.21	374.35

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์กิตติ โล่สุวรรณรักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 081-876-9905 E-mail : mcimoph@gmail.com **สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 2.นายแพทย์กรกฤช ลิ้มสมมุติ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1755 **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 3. เภสัชกรหญิงกนกพร ชนะค้า เภสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 065-351-4429 E-mail : mcimoph@gmail.com **สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 4. แพทย์หญิงปัจฉิมา หลอมประโคน นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 089-423-0222 E-mail : mcimoph@gmail.com **สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 4. ดร.เภสัชกรหญิงผกากรอง ขวัญข้าว เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 065-161-4453 E-mail : mcimoph@gmail.com **สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจุฑารัตน์ วาอุทัศน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1637 โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail : Jutharat2019.phdb@gmail.com **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

	2.นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1637 โทรสาร : 0-2580-1648 **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 2. นายแพทย์สถิตย์ นิรมิตรมหาปัญญา ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-6245 โทรสาร : 0-25965-9844 **กรมการแพทย์** 4.แพทย์หญิงดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-8207 โทรสาร : 0-2149-5533 **กรมสุขภาพจิต** 5. เภสัชกรหญิงสุชีรา วีระดนัยวงศ์ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 E-mail : Buriramfda@gmail.com **สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 6. เภสัชกรหญิงชลธิชา จึงมั่นคง เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 E-mail : Choltichafdabr@gmail.com **สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 7. นางสาวเธียรวิภา กลิ่นบุบผา หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการสมุนไพรไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-7007 ต่อ 3513 E-mail : thaiherbs.dtam@gmail.com **กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** 8. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ E-mail : phufa02@gmail.com **กรมสุขภาพจิต** 9. นางวีณา บุญแสง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-590-8589 E-mail : weenanok@gmail.com **กรมสุขภาพจิต** 10. นางสาวกมลวรรณ จันทรโชติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน E-mail : kamonwan_dear@hotmail.com **กรมสุขภาพจิต**

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 ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) **แนวคิดการจัดบริการ ECS** คือ การพัฒนา **"ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)"** ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง **"ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)"** ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน **"การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง"** หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน **"ผู้ป่วย severe traumatic brain injury"** หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่ลงในภายหลังก็ได้

เกณฑ์เป้าหมาย :

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 การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง 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 :

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) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
...	ร้อยละ	10.66	11.68	10.43

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255
โทรสาร : 0 2517 4262 E-mail : chalermponchairat@gmail.com
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์

2. พญ.ณธิดา สุเมธโชติเมธา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 23548108 - 37 โทรศัพท์มือถือ : 06 2561 9925
โทรสาร : 0 2354 8146 E-mail : drnathida@gmail.com
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

3. นพ.เกษมสุข โยธาสมุทร นายแพทย์ชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 E-mail : k.yothasamutr@gmail.com
กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

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.เฉลิมพล ไชยรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255 โทรสาร : 0 2517 4262 E-mail : chalermponchairat@gmail.com โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช 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 การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ **ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต** ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาท แล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง 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 สพฉ.) 2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จาก สธ.)
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS 4.0 (จาก สพฉ.) 2. การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จาก สธ.)

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) * 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (สามารถประเมินรายไตรมาสได้ ถ้ามีรายงาน ER Visit รายไตรมาส)

เกณฑ์การประเมิน:

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30	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
จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (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) เพื่อแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ที่อัตราการเสียชีวิตสูง และนำข้อดี 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) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
-	ร้อยละ	5.75	5.48	5.25

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.กุลพัฒน์ วีรสาร นายแพทย์ชำนาญการเชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 1843 8830 E-mail : kveerasarn@Hotmail.com **สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์** แพทย์หญิงอัญมณี สุขสิงห์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0 2590 3888 **กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค**
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 นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 1843 8830 E-mail : kveerasarn@Hotmail.com **สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์** 2. นายปวิช อภิปาลกุลวณิช 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	**8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ**
โครงการที่	**1. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**40. ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์** หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ และผู้ป่วยที่ทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายฎีกา ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรม-ราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา **ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์** หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศ์วงศานุวงศ์ทุกพระองค์ 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 :

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 :

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
ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	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
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (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
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	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 ฟื้นฟู 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
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับรองตามกฎหมาย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการตรวจประเมิน และผลการรับรองมาตรฐานสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	1. สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร 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 :

1. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
   แผนแม่บทด้าน : สร้างความหลากหลายด้านการท่องเที่ยว
   ประเด็น : ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13
   หมุดหมายที่ 2 การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพและความยั่งยืน
   หมุดหมายที่ 4 การแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง
3. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประเด็น : เศรษฐกิจสุขภาพ
4. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ดร.กันยารัตน์ กุยสุวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ : 081 902 5619
   E-mail: kpoope@gmail.com
   สถานที่ทำงาน สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2. นางสาวศิรินภา สระทองหน ตำแหน่งนักเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
   สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
   โทร. 0 2193 7000 ต่อ 18402 โทรศัพท์มือถือ: 093 650 8942
   E-mail: sirinapha.ihd@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวสันต์สินี ชุ่มเมืองปัก ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทร. 0 2193 7000 ต่อ 18605 2. นายไตรเทพ เต็มหิรัญ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร. 0 2193 7000 ต่อ 18827 กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ E-mail: planhss.hss@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายแพทย์อัครพล คุรุศาสตรา ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18403 โทรศัพท์มือถือ : 081 595 4450 E-mail: akraponmuk@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร 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 :

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 เพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มด้านการท่องเที่ยวต่อเศรษฐกิจในระดับชุมชนและเป็นเป้าหมายของการท่องเที่ยวระดับโลก 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 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	600 แห่ง	-	700 แห่ง
1. จังหวัด/เขตสุขภาพเข้าร่วมรับฟังการชี้แจงแนวทางการใช้ระบบในการตรวจประเมินและรับรองศูนย์เวลเนส และการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร 2. จังหวัด/เขตสุขภาพ ส่งผลการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ มาที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง จำนวน 600 แห่ง	1. มีสถานประกอบการและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง จำนวน 650 แห่ง 2. ผู้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อยกระดับศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร	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

<u>ที่มา</u> กองการแพทย์ทางเลือก กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ และกองวิชาการและแผนงาน **การตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ สิงหาคม 2566*

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายกุลธนิต วนรัตน์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรศัพท์มือถือ : 089-633-8765 โทรสาร : 0-2591-4409 E-mail : kulthanit.w@gmail.com **กองการแพทย์ทางเลือก** 2. นางมณฑกา ธีรชัยสกุล ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรศัพท์มือถือ : 090-919-4391 โทรสาร : - E-mail : monthaka.t@gmail.com **กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ** 3. นางสาวรัชนี จันทร์เกษ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 โทรสาร : 0-2149-5649 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com **กองวิชาการและแผนงาน**
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุณัตรา ศรีดาวงษ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5636 โทรศัพท์มือถือ : 083-122-1911 โทรสาร : 0-2149-5637 E-mail : sunuttra.s@gmail.com **กองการแพทย์ทางเลือก** 2. นางสาวพิมพรรณ ลาภเจริญ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 2603 โทรศัพท์มือถือ : 086-570-5286 โทรสาร : - E-mail : pimpun@hotmail.com **กองการแพทย์ทางเลือก** 3. นางสาวสุดารัตน์ เกตโล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรศัพท์มือถือ : 065-395-3914 โทรสาร : 0-2149-5609 E-mail : th.herbalcity@gmail.com **กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ** 4. นางพันธ์วิรา เวยสาร เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรศัพท์มือถือ : 082-465-4945 โทรสาร : - E-mail : panvira06@gmail.com **กองวิชาการและแผนงาน**

	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 โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชนและให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
2	5	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท
4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก
5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี
6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ
7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี
9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์
10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร
11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี
12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง

2. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด

3. ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ **ณ วันที่ 1 ต.ค. 66** ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงานดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่างและตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุง การรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ <u>โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี</u> เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่น ตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อนไปเขตสุขภาพอื่น หรือที่กำหนดอัตราตั้งใหม่ ฯลฯ

4. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทาง การใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐเร่งรัดการบริหารอัตราว่างให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปี ตามมติ ครม. เรื่อง รายงานสรุปภาพรวมการบริหารกำลังคนของส่วนราชการในฝ่ายพลเรือนและแนวโน้มค่าใช่จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐ เมื่อวันที่ 28

	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 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. เขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. จัดส่งแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย ภายในวันที่ 5 มกราคม 2567 โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 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

Baseline data	หน่วยวัด	การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	6.52	3.07	4.13

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	**กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 1. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1410 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 1421 E-mail : sansernx@gmail.com 2. นางสาวเสาวลักษณ์ ฉิมจาด รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2080 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : 3. นางสาวฉวีวรรณ สำเภา รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2080 โทรศัพท์มือถือ : -
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	**กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 1. กลุ่มงานอัตรากำลัง นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1356 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : E-mail : 2. กลุ่มงานบริหารและพัฒนารูปแบบการจ้างงานทางเลือก นายบุญนำ ลองกระโทก นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2081 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : E-mail :
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	**กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล 1. นางสาวศุภักษร รักสัตย์ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1348 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 1344 E-mail : 2. นายดำรงค์เดช ด้วงเงิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1344 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 1344 E-mail : hrss.group02@gmail.com

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 บุคลากรขององค์กรและเครือข่าย 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
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	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 9เดือน	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

<table>
<tr><td rowspan="2">รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td colspan="2">
<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>หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T</td><td>หน่วยงาน</td><td>-</td><td>-</td><td>-ระดับเขตสุขภาพ 12 เขต จำนวน 50 หน่วยงาน
-ระดับกรม 9 กรม จำนวน 68 หน่วยงาน
(ข้อมูล ณ 28 กันยายน 2566)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ขัดธะสีมา ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901392 โทรศัพท์มือถือ : -
โทรสาร : - E-mail : -
2. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : -
โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com
3. นางสาวณัฐนรี ขิงจัตุรัส 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</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ขัดธะสีมา ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901392 โทรศัพท์มือถือ : -
โทรสาร : - E-mail : -
2. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : -
โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com
3. นางสาวณัฐนรี ขิงจัตุรัส 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</td></tr>
</table>

หมวด	**4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)**
แผนที่	**11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ**
โครงการที่	**1. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส**
ระดับการแสดงผล	**ส่วนกลาง**
ชื่อตัวชี้วัด	**45. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA**
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเอง มากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชนตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย :

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 9เดือน	รอบ 12เดือน
- 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	นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com **สถานที่ทำงาน** ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวสุชาฎา 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 :	

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. ประเมินผลกระบบการควบคุมภายใน** โดย - ผลการประเมินผลการจัดวางระบบการควบคุมภายใน โดยใช้แบบสอบทานแบบประเมินผลการควบคุมภายใน - 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) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2566 - กันยายน 2567

เกณฑ์การประเมิน :

การตรวจสอบ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ชี้แจงแนวทางส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการ - รวบรวมแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. 2567 ของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	รวมรวม วิเคราะห์สรุปการตรวจสอบภายในของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	รวมรวม วิเคราะห์สรุปการตรวจสอบภายในของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 84

การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ชี้แจงแนวทางส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการ - จัดทำแนวทางการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ติดตามการจัดส่งผลการประเมินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ระดับองค์กร ตามแนวทางที่กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด	- ลงพื้นที่สุ่มประเมินหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข - ตรวจสอบและประเมินผลในระบบสารสนเทศ	ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 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 เดือนแรก (สิ้นสุดวันที่ 31 มีนาคม 2567) ตามแผนการตรวจสอบภายในที่กำหนด	2
3	สรุปผลการตรวจสอบภายในรอบ 6 เดือนเสนอหัวหน้าหน่วยงาน	3

4	- ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์ฯ ที่กระทรวงการคลังกำหนด ครบทุกหน่วยงานรอบ 6 เดือนหลัง (สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567) ตามแผนการตรวจสอบภายในที่กำหนด - เอกสารการปรับแผนการตรวจสอบภายใน (ถ้ามี)	4
5	สรุปผลการตรวจสอบภายในรอบ 12 เดือนเสนอหัวหน้าหน่วยงาน	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

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน
ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>88.40</td><td>87.80</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นางสาววรกมล อยู่นาค ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1545 โทรศัพท์มือถือ : 09 2246 0751/ 08 1519 6097
โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : wanon2512@hotmail.com
สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. นางสาวสุดธิดา แสงเจริญ ตำแหน่งนักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 08 9478 7114
โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : sudida44@hotmail.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</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1. 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
2. นายณัฐพล สุขปราศรัย ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1546 โทรศัพท์มือถือ : 09 0967 5588
โทรสาร : 0 2590 1522 E-mail : internal_audit_moph@hotmail.com
สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3.นายวรพจน์ จันทร์วงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ 09 1566 6547
โทรสาร 0 2590 2337 E-mail : Worapodc5@outlook.com
สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. นายสุทธิพงษ์ สาคร ตำแหนง นักวิชาการตรวจสอบภายใน
โทรศัพทที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพทมือถือ : 09 9219 8714
โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : suttipongsakorn@gmail.com
สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
</table>

หมวด	**4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)**
แผนที่	**11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ**
โครงการที่	**2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/เขต**
ชื่อตัวชี้วัด	**47. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด**
คำนิยาม	**ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง ส่วนราชการตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 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 การนำองค์การ 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><tr><th>พ.ศ.</th><th>หมวดที่โดดเด่น</th></tr><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></table> 3. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(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 ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์การ โดยสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความโดดเด่น

	รายหมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยมีขั้นตอนการพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สมบูรณ์ประกอบด้วย 1) การตั้งรับปัญหา (0-25%) การปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมมากกว่าเป็นกระบวนการ และส่วนสำคัญจะตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ขาดการกำหนดเป้าประสงค์ที่ดี 2) แนวทางที่เริ่มเป็นระบบ (30-45%) ส่วนราชการเพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติการต่างๆ ด้วยการใช้กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ มีการประเมินผล มีการปรับปรุง และเริ่มมีการประสานงานบ้างระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในส่วนราชการ มีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์เชิงปริมาณ 3) แนวทางสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (50-65%) การปฏิบัติการมีลักษณะเป็นกระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับปรุง โดยมีการแบ่งปันการเรียนรู้และมีการปะสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ 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 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 เม.ย.67	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 ก.ค.67	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 26 ก.ย.67
2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67	2. ส่วนราชการ (สสจ. และส่วนกลาง) จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ (แบบฟอร์ม 5.2) รอบ 6 เดือน จัดส่งภายในวันที่ 4 เม.ย.67	2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 12 เดือน
3. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อโดยเพิ่มตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการตามหัวข้อเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัดรวม 36 ตัวชี้วัด และต้องสอดคล้องกับหมวดที่เลือกดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) และจัดส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67	3.ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมผู้ตรวจประเมิน	3. ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจประเมินผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA	

วิธีการประเมินผล :

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
1	■ ส่วนราชการ**(สสจ.และส่วนกลาง)** จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วนส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67

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

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

โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน	
	0.20 คะแนน	**0.5 คะแนน**
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด

2

■ ส่วนราชการ **(สสจ.และส่วนกลาง)** กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) จัดส่งภายในวันที่ 4 ม.ค.67

หน่วยงาน ส่วนกลาง และ สสจ.	**การดำเนินการ**	**เกณฑ์การให้คะแนน**	
		0.25 คะแนน	**0.50 คะแนน**
	ตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ, 36 ตัว)

■ ส่วนราชการ (สสจ.และส่วนกลาง) รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน ส่งภายในวันที่ 4 เม.ย.67

■ ส่วนราชการ **(สสจ.และส่วนกลาง)** จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ จำนวน 1 หมวด (แบบฟอร์ม 5.2) รอบ 6 เดือน ส่งภายในวันที่ 4 เม.ย.67

ส่วนราชการ	**การดำเนินการ**	**เกณฑ์การให้คะแนน**	
		0.20 คะแนน	**0.50 คะแนน**
สสจ. และ ส่วนกลาง	1. รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1 - 7.6	ไม่ครบ	ครบ
	2. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนา PMQA ในหมวดที่ดำเนินการ		

3

■ ทีมตรวจประเมินฯ ตรวจประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562

ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	**เกณฑ์การให้คะแนน**
10-20%	**0.20**
21-30%	**0.40**
31-40%	**0.60**
41-50%	**0.80**
มากกว่า 50%	**1.00**

4

■ ทีมตรวจประเมินฯ ตรวจประเมินจากระบบและลงพื้นที่ตรวจประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562

ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	**เกณฑ์การให้คะแนน**
10-20%	**0.20**
21-30%	**0.40**
31-40%	**0.60**
41-50%	**0.80**
มากกว่า 50%	**1.00**

5

■ ส่วนราชการ **(สสจ.และส่วนกลาง)** รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 ก.ค.67 และ รอบ 12 เดือน ส่งภายในวันที่ 26 ก.ย.67

ส่วนราชการ	**การดำเนินการ**	**เกณฑ์การให้คะแนน**	
		ไม่ครบ	**ครบ**
สสจ. และ ส่วนกลาง	รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1 - 7.6 รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 ก.ค.67	0.25	0.50
	รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1 - 7.6 รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 26 ก.ย.67	0.25	0.50

เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่http://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. นายชิตชนินทร์ นิยมไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 089-7255199 E-mail: jitchaninn@hotmail.com
	2. น.ส.อังคณางค์ หัวเมืองวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 E-mail: j.lkung1038@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสิริพร สมชื่อ 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 ขั้น 3** **48.1. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3** **48.2. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3** **48.3. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 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** กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง 3 ขั้น ดังนี้ - HA ขั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ขั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ขั้น 2 - HA ขั้น 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 เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแรงและมีความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป **โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 หมายถึง** โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3 หรือ Re-Accreditation หรือ Advanced HA โดยมีเงื่อนไขดังนี้ 1. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ขั้น 3 หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ เช่น R1, R2, R3 เป็นต้น หรือ Advanced HA (A-HA) 2. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ขั้น 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. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, 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 ขั้น 3 มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล 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 ขั้น 1-3 และ Advanced-HA
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ขั้น 1-3 และ Advanced-HA
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองขั้น 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 กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองขั้น 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 ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ + A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล 6	F = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 762 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	48.1. = (A/B) x 100 48.2. = (C/D) x 100 48.3. = (E/F) x 100
ระยะเวลาระเมินผล	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, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	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
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	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 (ไม่รวมสถาบันโรคผิวหนังเนื่องจากอยู่ระหว่างขอรับการประเมินขั้น 3) และโรงพยาบาลเวชชารักษ์ลำปางเนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่) - 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 ขั้น3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ
เอกสารสนับสนุน :	เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ขั้น 1-3 และ Advanced-HA

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 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 ขั้น 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 ขั้น 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. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254
   โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com
2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809
   โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : Nuttina24@gmail.com
3. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205
   โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com
4. นางสาวสุชาดา ข้ามสี่ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568
   โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : suchada.kms@gmail.com

กรมการแพทย์

1. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6132 โทรศัพท์มือถือ : -
   โทรสาร : 0 2591 8234 E-mail : -
   2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6138 โทรศัพท์มือถือ : 08 2935 9893
   โทรสาร : 0 2591 8234 E-mail : saraban_psd@dms.mail.go.th
   3 นางสาวกัลยณัฏฐ์ วงษ์ขุนไกล นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6136 โทรศัพท์มือถือ : 08 1696 9942
   โทรสาร : 0 2591 8234 E-mail : saraban_psd@dms.mail.go.th

กรมควบคุมโรค

1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3395 โทรศัพท์มือถือ : 08 1640 9393
   โทรสาร : 0 2590 3268 E-mail : jama_pin@hotmail.com

	2. นายธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3347 โทรศัพท์มือถือ : 08 2446 6539 โทรสาร : 0 2590 3348 E-mail : tod_114@hotmail.com **กรมสุขภาพจิต** 1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8207 โทรศัพท์มือถือ : 08 6732 3712 โทรสาร : 0 2149 5533 E-mail : burinsura@hotmail.com 2. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ 09 0197 9302 โทรสาร : 0 2149 5533 E-mail : standard.dmh@gmail.com 3. นางณัฐยาณ์ พงศ์พียะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8225 โทรศัพท์มือถือ 08 1551 2496 โทรสาร : 0 2149 5533 E-mail : standard.dmh@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	**กองบริหารการสาธารณสุข** 1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com 2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : Nuttina24@gmail.com 3. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com 4. นางสาวสุชาดา ข้ามสี่ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : suchada.kms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	**กองบริหารการสาธารณสุข** 1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com 2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : Nuttina24@gmail.com 3. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com 4. นางสาวสุชาดา ข้ามสี่ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 โทรสาร : 0 2590 1631 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 67**	**ปีงบประมาณ 68**	**ปีงบประมาณ 69**	**ปีงบประมาณ 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) x 100 ระดับ รพช. (The must) = (A2/B2) x 100 49.2 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) ระดับ รพศ./รพท (The best) = (A3/B3) x 100 ระดับ รพช. (The best) = (A4/B4) x 100

ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
- แนวทางการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ 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** 1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรศัพท์มือถือ : 089 829625 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com 2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 087 6828809 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : nuttina24@gmail.com 3. นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 089 4909322 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : nudchanad.p@moph.mail.go.th 4. นางสาวฐาณมาศ เกษเพ็ชร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 097 1694535 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : thanamas58@gmail.com 5. นางสาวศิวพร บุญเสก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 095 6099869 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : siwaporn.moph@gmail.com 6. นางสาวพลอยไพลิน ศรีศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 084 3373581 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : p_pailin13@hotmail.com 7. นางสาวจุฑามาศ ทองสมนึก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 097 2358844 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : specialthings.gift@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	**กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 1. นางสาวจุฑามาศ ทองสมนึก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 097 2358844 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : specialthings.gift@gmail.com 2. นางสาวฐาณมาศ เกษเพ็ชร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 097 1694535 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : thanamas58@gmail.com 3. นางสาวศิวพร บุญเสก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 095 6099869 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : siwaporn.moph@gmail.com 4. นางสาวพลอยไพลิน ศรีศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 084 3373581 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : p_pailin13@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	**กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** 1. นางสาวจุฑามาศ ทองสมนึก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 097 2358844 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : specialthings.gift@gmail.com

	2. นางสาวฐาณมาศ เกษเพ็ชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 097 1694535 E-mail : thanamas58@gmail.com
	3. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095 6099869 E-mail : siwaporn.moph@gmail.com
	4. นางสาวพลอยไพลิน ศรีศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	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 **ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค**ตามความเห็นของแพทย์และบริบทของพื้นที่ **ตามเกณฑ์ที่กำหนด** หมายถึง ให้บริการด้วยกระบวนการที่เป็นมาตรฐานอย่างน้อยประกอบด้วย ดังนี้ 1. กระบวนการให้บริการมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ 2. ปฏิบัติด้วยความรอบคอบภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และทำการบันทึก RoPA (กิจกรรมการประมวลผลขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรา 39 พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562) 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ ได้ตามสิทธิ์ 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 / ทั่วไป / ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) **มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่** 1. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่ 2. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อระบบบันทึกการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) 4. หน่วยบริการจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล 5. หน่วยบริการจัดทำรายงานสิ้นปีแสดง**สถิติจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการ**ใน**กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด** เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการคำนวณร้อยละของตัวชี้วัดในปีงบประมาณถัดไป 6. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัดติดตามและกำกับดูแลหน่วยบริการให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรฐานแฟ้ม อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสที่มีการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ 2564 (https://bps.moph.go.th/healthdata/standardcode43v2-415oct19/)

78. รหัสประเภทการมารับบริการ(แฟ้ม SERVICE)ปรับปรุง 16 June21 .XLS

ไฟล์ แก้ไข ดู แทรก รูปแบบ ข้อมูล เครื่องมือ ความช่วยเหลือ

100% ดูอย่างเดียว

F26

	A	B	C
1	รหัสประเภทการมารับบริการ (TYPEIN) ปรับปรุง ปีงบประมาณ 2564		
2	รหัสที่ใช้บันทึก	รายละเอียด	หมายเหตุ
3	1	มารับบริการเอง	
4	2	มารับบริการตามนัดหมาย	
5	3	ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น	
6	4	ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	
7	5	รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)	ปรับเพิ่มจากศูนย์มาตรฐานรหัสฯ กยผ. (พ.ค.2564)
8			

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 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด)	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) x 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

<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>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService</td><td>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก</td><td>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง</td><td>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>ไม่น้อยกว่า</td><td>2,100 ครั้ง</td><td>2,450 ครั้ง</td><td>2,800 ครั้ง</td><td>3,150 ครั้ง</td><td>3,500 ครั้ง</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

ระดับเขตสุขภาพ

<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>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService</td><td>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก</td><td>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง</td><td>มีจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

ระดับประเทศ

<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>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService</td><td>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก</td><td>มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง</td><td>มีจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัดทั้งหมด
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

วิธีการประเมินผล :	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามโดยคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด 2. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของสำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (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
จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล	จำนวน	-	-	397,531 ครั้ง
จังหวัดที่มีจำนวนครั้งการบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง	จังหวัด	-	-	39 จังหวัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 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. นางสาวกันตภัส วรรธนะรุ่งโรจน์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095-7871459 E-mail: ictmoph@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

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 โรงพยาบาลดำเนินกระบวนการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอน และได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายในปีงบประมาณ 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. โรงพยาบาล**ได้รับการตรวจเยี่ยม**จากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม 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. โรงพยาบาล**ได้รับการตรวจประเมิน**จากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI

เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจเยี่ยม หรือตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รวมกับจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองผลการประเมินผ่านเกณฑ์ HAIT แล้วและยังมีอายุการรับรองคงเหลือไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เทียบกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่เปิดให้บริการ

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 = จำนวนโรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยม 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) x 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: khlaileng@moph.mail.go.th
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

2. นางสาวสุวันต์นา 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 เภรีฤกษ์ 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 และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น 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) ▪ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (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 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (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 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ: **Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total)**

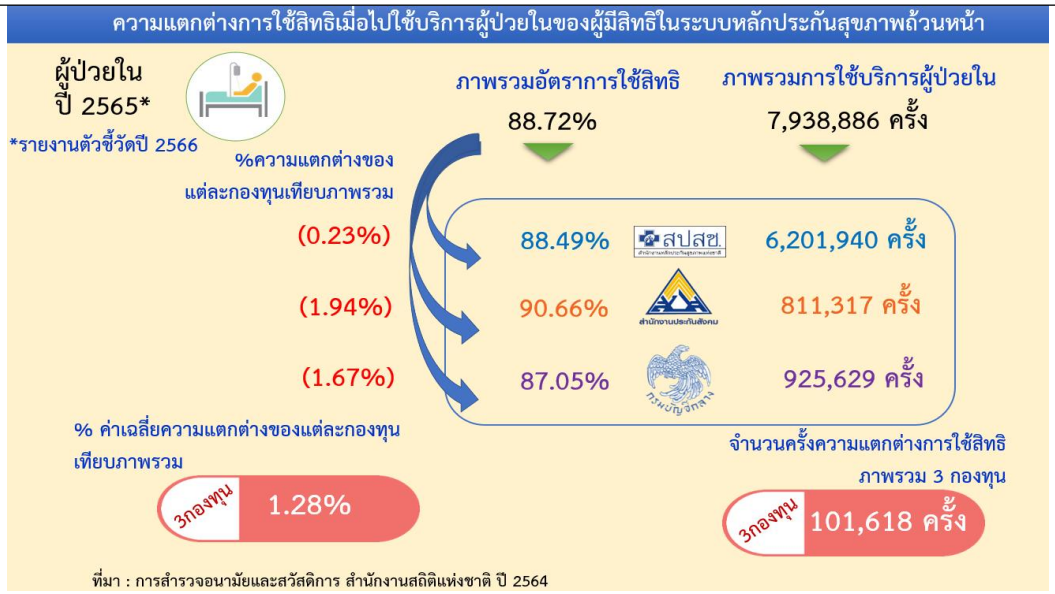
รายการข้อมูล 3	3. ค่าเฉลี่ยของ ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ: **ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) }**
รายการข้อมูล 4	4.1 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): **UR-IP-UCS** 4.2 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบประกันสังคม (SSS): **UR-IP-SSS** 4.3 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (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 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง

วิธีการประเมินผล :	**1. <u>อัตรา</u>ความแตกต่างการใช้สิทธิ 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. <u>จำนวนครั้ง</u>ความแตกต่างการใช้สิทธิ 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 :	

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน



<u>รายการ1</u>

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%

<u>รายการ2</u>

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%
<u>รายการ3</u>: <u>ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate)</u>	**2.76%**	**2.76%**	**1.28%**	**1.28%**

หมายเหตุ: ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีคู่ ได้ผลการวิเคราะห์ในปีถัดไป
* ผลสำรวจฯ ในปี 2562 จะรายงานตัวชี้วัดในปี 2563 และ 2564
**ผลสำรวจฯ ในปี 2564 จะรายงานตัวชี้วัดในปี 2565 และ 2566 และผลสำรวจในปี 2566 จะรายงานตัวชี้วัดในปี 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 * ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ	**219,924**	**204,772**	**93,781**	**101,618**

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เงาวะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน : สปสช.	ตำแหน่ง : นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เงาวะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน : สปสช.	ตำแหน่ง : นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เงาวะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน : สปสช.	ตำแหน่ง : นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th

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	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย 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) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย 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 ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังตาราง 4 มาใช้ในการ

	จัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้ ระดับ 0 - 1 ปกติ ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายหลัง 3 เดือน ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายหลัง 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
ระดับ7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ6 ≤ ร้อยละ 4

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) 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) x 100 53.2. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6) (B / C) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4

วิธีการประเมินผล : การวัด/วิเคราะห์

เอกสารสนับสนุน : รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	ร้อยละ	ไตรมาส 1/64 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 2/64 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 3/64 ร้อยละ 0.6 ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.1	ไตรมาส 1/65 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 2/65 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 3/65 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 1/66 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 2/66 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 3/66 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 4/66 -
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6	ร้อยละ	ไตรมาส 1/64 ร้อยละ 0.2 ไตรมาส 2/64 ร้อยละ 0.3 ไตรมาส 3/64 ร้อยละ 1.3 ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.9	ไตรมาส 1/65 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 2/65 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 3/65 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 1/66 ร้อยละ 0.1 ไตรมาส 2/66 ร้อยละ 0.0 ไตรมาส 3/66 ร้อยละ 0.3 ไตรมาส 4/66 -

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางสาวปิยาภรณ์ ยิ้มศิริวัฒนะ ตำแหน่ง : นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901797 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail : higmoph@gmail.com
สถานที่ทำงาน : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

นางสาวญาสุมินทร์ เดชป้อง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail : Yasumin.dech@gmail.com
สถานที่ทำงาน : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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 พัฒนาหรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 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 ขอการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล 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 ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค 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 การตรวจชันสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น
   2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร 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 :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 17 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 19 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 21 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 24 เรื่อง

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

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

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2567 อย่างน้อย 1 แผน	- จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จใน ปีงบประมาณ 2567 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา	- จัดทำรายงานสรุปพร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด 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 วงศ์สินคงมั่น 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	นายสุรัติ 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 รักษาการแทนในตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ 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