



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยประกอบด้วย 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 37 โครงการ และ 59 ตัวชี้วัด

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” กรม กอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย จึงได้ร่วมกันจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว และเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

พฤศจิกายน 2565

สารบัญตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	6
2	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	9
3	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy :ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการ สมวัย	12
4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	17
5	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	20
6	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	24
7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะ หกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	28
8	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	31
9	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	35
10	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	37
11	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	41
12	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดัน โลหิตสูง	49
13	ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	55
14	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	60
15	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	64
16	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	67
17	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	73
18	จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	76
19	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	78
20	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	81
21	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	85

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
22	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	90
23	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	95
24	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	97
25	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	99
26	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะ กลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก (Community base)	104
27	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก	110
28	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	115
29	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	118
30	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	122
31	Refracture Rate	126
32	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษា ตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	130
33	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง	134
34	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m ² /yr	139
35	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	142
36	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	144
37	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	147
38	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	150
39	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	154
40	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่างๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	175
41	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	187
42	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	193
43	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	196

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
44	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	198
45	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	200
46	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการมาตรฐานตามที่กำหนด	204
47	ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น	208
48	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	212
49	หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ/กรม)	217
50	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	221
51	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	225
52	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	232
53	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	238
54	สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	244
55	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการปรับโฉม Smart Hospital (Smart ER / Modernize OPD / มีการใช้พลังงานสะอาด)	250
56	ร้อยละของสถานบริการที่มีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก	253
57	ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	257
58	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	261
59	ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)	267
60	ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	271
61	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	277
62	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	282

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 และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด 2. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ 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. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด และจัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง											
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร์											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100,000											
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน											
เกณฑ์การประเมิน :												
ปี 2566:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน									
ปี 2567:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน									
ปี 2568:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน									
ปี 2569:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน									
ปี 2570:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน									
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย											
เอกสารสนับสนุน :	— แบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (MDR report) https://mpdsr.anamai.moph.go.th											

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	อัตราส่วน การตายมารดา	อัตราส่วนการตาย ต่อการเกิดมีชีพแสนราย	25.1	36.9	26.1 (ต.ค.64-ก.ย.65)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์ หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก โทร 0 2590 4435 Email: Dr.olarik@gmail.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ญ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ : 06 2596 2294 โทรสาร : 0 2590 4427 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ญ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ : 06 2596 2294 โทรสาร : 0 2590 4427 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย				
คำนิยาม	เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260) คำนิยามเพิ่มเติม ● การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ● พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) ● พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 ● เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 86		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 และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่ 3. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนานอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงานและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย								
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก a = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2566:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 86</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86						
ปี 2567:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 86</td><td>ร้อยละ 88</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 88
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 88						
ปี 2568:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 87</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87						
ปี 2569:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 88</td><td>ร้อยละ 88</td><td>ร้อยละ 88</td><td>ร้อยละ 88</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88						
ปี 2570:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 88</td><td>ร้อยละ 88</td><td>ร้อยละ 88</td><td>ร้อยละ 88</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88						
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. คู่มือникส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล https://bit.ly/3CkGHss 3. คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/ 4. ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย https://bit.ly/3irbmMM 5. หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal) - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี https://bit.ly/2Vje4eS - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/2VxlQBg - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/3CkJou4				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			ร้อยละ	2563	2564
				2565	
			89.5	85.1	85.3
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 โทรศัพท์มือถือ : 089 144 4208 E-mail : teerboon@hotmail.com สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ 2. นางประภาพร จังพานิชย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904425 โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130 E-mail : prapapon.j@anamai.mail.go.th สำนักส่งเสริมสุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวเบญจพร กุศลปฏิการ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 โทรศัพท์มือถือ : 084 761 4940 E-mail : bjp.kuson@gmail.com สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายสุทิน ปุณทริกภักดิ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 โทรศัพท์มือถือ : 081 466 3696 E-mail : sutin.p@anamai.mail.go.th สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ 2. นางเปรมฤทัย เกตุเรน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904224 โทรศัพท์มือถือ : 086 986 9040 E-mail : premmi_ko@hotmail.com สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	3. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย
คำนิยาม	เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (1998; update 2013) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ในเขตสุขภาพที่ 1-12 หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 (หมวด F84.x, G80.x, Q90.x) ในเขตสุขภาพที่ 13 หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี (Developmental Skill Inventory: DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย) เป็นต้น ภายในระยะเวลา 3 เดือน (90 วัน) แล้วกลับมาประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง 5 ด้านจากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)

เกณฑ์เป้าหมาย : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีการพัฒนาการสมวัย

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 35	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40

วัตถุประสงค์

1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย
2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย
3. เพื่อขยายความครอบคลุมให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ทำให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า/กลับมาสมวัย ส่งผลต่อระดับสติปัญญา
4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ปกครอง/ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมาย : เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานการศึกษาเมืองพัทยา และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ

เป้าหมายย่อย : เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือนที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 (หมวด F84.x, G80.x, Q90.x)

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 1-12 ดึงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทั้งหมด โดย ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ครบตามเกณฑ์ทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการในหมวดที่กำหนด ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัยทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการในหมวดที่กำหนด ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 13 ใช้ข้อมูลที่สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายบริการในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ โดย ข้อมูลเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์ทั้งหมด ข้อมูลเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัยทั้งหมด								
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ								
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย								
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPPM								
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 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย ปี 2566 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>ร้อยละ 15</td><td>ร้อยละ 25</td><td>ร้อยละ 35</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 15	ร้อยละ 25	ร้อยละ 35
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 15	ร้อยละ 25	ร้อยละ 35						

ปี 2567 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 15	ร้อยละ 25	ร้อยละ 35

ปี 2568 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40

ปี 2569 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40

ปี 2570 : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103

: ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และจากการรายงานผลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) สำหรับในเขตสุขภาพที่ 13 สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานของเครือข่ายบริการในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ

เอกสารสนับสนุน :

- ผลสำรวจสถานการณ์ ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564
- รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559 กรมสุขภาพจิต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	102.80
<u>เขตสุขภาพที่ 1 – 12</u> ร้อยละของเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจนมีพัฒนาการสมวัย - นับรวมเด็กป่วย	ร้อยละ	39.46	33.03	30.04 (HDC: ณ 31 ส.ค. 65)
- <u>ไม่นับรวมเด็กป่วย</u> (F83, F84.0, F84.2, F84.9, F88, F89, G80, Q90)	ร้อยละ	39.46	33.03	40.47 (HDC: ณ 31 ส.ค. 65)

	<u>เขตสุขภาพที่ 13</u> ร้อยละของเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้น พัฒนาการจนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	43.82	53.85	55.63 (ณ 30 ก.ค. 65)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรสาร : 02-2488903 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพป์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

ปมหมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน				
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน				
เกณฑ์เป้าหมาย : (อัตราต่อพัน)					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ไม่เกิน 23		ไม่เกิน 21	ไม่เกิน 19	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 15
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล 1	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย				
แหล่งข้อมูล 2	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A/B) X 1,000				
รายการข้อมูล 3 (adjusted)	a : ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา / อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา b : อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2566 X 4 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2566 X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2566 X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	a X b				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ไม่เกิน 23		ไม่เกิน 23	ไม่เกิน 23	ไม่เกิน 23	

ปี 2567:

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

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ไม่เกิน 19	ไม่เกิน 19	ไม่เกิน 19	ไม่เกิน 19

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล : ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล ทุก 3 เดือน

เอกสารสนับสนุน : -

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	อัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15-19 ปี (อัตราการคลอดจาก ฐานทะเบียนราษฎร)	อัตราต่อ ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน	28.7	25.3*	24.04**
* ข้อมูลจากระบบ HDC : อัตราคลอด 15-19 ปี (adjusted) ไตรมาส 4 ณ 18 พ.ย.64					
** ข้อมูลจากระบบ HDC : อัตราคลอด 15-19 ปี (adjusted) ไตรมาส 3 ณ 16 ส.ค.65					

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904168 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339
โทรสาร : 02-5904163 E-mail : am-piyarat@hotmail.com

2. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904771 โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855
โทรสาร : 02-5904163 E-mail : phimonthicha@gmail.com

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904771 โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855
โทรสาร : 02-5904163 E-mail : phimonthicha@gmail.com

2. นางสาวอารีรัตน์ จันทรลำภู นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590 4772 โทรสาร 02-5904163
Email : poppysunko.j@gmail.com

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904771 โทรสาร : 02-5904163 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855 E-mail : phimonthicha@gmail.com
	2. นางสาวอารีรัตน์ จันทรล่ำกู โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590 4772 Email : poppysunko.j@gmail.com นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร 02-5904163
	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan														
คำนิยาม	1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน 3) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน 4) ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่าย และชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว 5) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager /Caregiver /บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ 6) แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง 7) การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย 7.1) การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกๆรอบ 9 เดือนและ 12 เดือน 7.2) การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น) 7.3) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)														
เกณฑ์เป้าหมาย :															
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 95</td><td>ร้อยละ 96</td><td>ร้อยละ 97</td><td>ร้อยละ 98</td><td>ร้อยละ 99</td></tr></table>						ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99											
วัตถุประสงค์	1) เพื่อให้ Care Manager /Caregiver /อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และสหวิชาชีพ สามารถวางแผนการดูแล ส่งเสริม พื้นฟู และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มี														

	ภาวะพึ่งพิงแบบรอบด้านเป็นรายบุคคล และเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับครอบครัว และชุมชน 2) เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว และช่วยเหลือตัวเองได้								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้านผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อคณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล - Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย - กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป								
แหล่งข้อมูล	1. Blue Book Application 2. โปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย 3. ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 5. ระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุน LTC								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan = (A / B) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 – เดือน กันยายน 2566								
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566: <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการ</td><td>- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัด</td><td>- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัด</td><td>- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัด</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการ	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัด	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัด	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัด
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการ	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัด	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัด	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัด						

Long Term Care แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในระดับเขต /จังหวัด และเครือข่าย - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน	กรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล ร้อยละ 90	กรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล ร้อยละ 93	กรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล ร้อยละ 95 - ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ร้อยละ 22	
ปี 2567:				
รอบ 3 เดือน -	รอบ 6 เดือน -	รอบ 9 เดือน -	รอบ 12 เดือน -	
ปี 2568:				
รอบ 3 เดือน -	รอบ 6 เดือน -	รอบ 9 เดือน -	รอบ 12 เดือน -	
ปี 2569:				
รอบ 3 เดือน -	รอบ 6 เดือน -	รอบ 9 เดือน -	รอบ 12 เดือน -	
ปี 2570:				
รอบ 3 เดือน -	รอบ 6 เดือน -	รอบ 9 เดือน -	รอบ 12 เดือน -	
วิธีการประเมินผล :	1) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน 2) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล 3) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น			
เอกสารสนับสนุน :	- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย - โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย			

	- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community) - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือการใช้การโปรแกรม Long Term Care (3C) - คู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	89.56	92.45	93.37
หมายเหตุ : - ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ์ ซึ่งได้รับการดูแลตาม Care Plan ผ่านโปรแกรม Long Term Care (3C) และตรวจสอบสิทธิ์จากระบบโปรแกรม Long Term Care สปสช. แล้วหารด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC - ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 เป็นข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ์ ซึ่งได้รับการดูแลตาม Care Plan ผ่านโปรแกรม Long Term Care (3C) และตรวจสอบสิทธิ์จากระบบโปรแกรม Long Term Care สปสช. แล้วหารด้วยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์ ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4273 โทรศัพท์มือถือ : 08 6879 6655 โทรสาร : - E-mail : nithirat.b@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางรัชณี บุญเรืองศรี ตำแหน่ง : นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4272 โทรศัพท์มือถือ : 09 9616 5396 โทรสาร : - E-mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1) กลุ่มคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4508 โทรสาร : - E-mail : boehgroup04@gmail.com 2) กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 โทรสาร : - E-mail : 02group.anamai@gmail.com				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	6. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)				
คำนิยาม	1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี” แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่ 1. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 2. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ 3. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 4. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี 5. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ 6. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ 3) ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้ 1. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ 2. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพ 3. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ 4. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง 5. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ 6. ปรับปรุง /พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย 7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม /กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ 8. เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 50		ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเองและจัดการสุขภาพตนเองตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ				

	2. เพื่อส่งเสริมให้สังคม ชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ มีความตระหนัก เห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองและชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาว 3. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long Term Care) ด้วยแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ - รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน) - กรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป		
แหล่งข้อมูล	1. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) 2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ 3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ประเด็น		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) = (A / B) X 100		
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 - เดือน กันยายน 2566		
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในระดับเขต / จังหวัด และเครือข่าย - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่คัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อจำแนกกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง	- ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 25	- ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 40	- ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 50 - ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

และกลุ่มป่วย เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และจัดบริการตามบริบทของผู้สูงอายุ - พัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ในรูปแบบ Digital พร้อมจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ - พัฒนาทักษะบุคลากรในการเป็นผู้ช่วยจัดทำ Wellness Plan			
---	--	--	--

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :	1) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ 2) รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน)
เอกสารสนับสนุน :	- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Health Promotion & Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ - คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพคู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>จำนวนของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</td><td>จำนวน (คน)</td><td>1,386</td><td>48,428</td><td>91,586</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	จำนวนของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	จำนวน (คน)	1,386	48,428	91,586
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
จำนวนของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	จำนวน (คน)	1,386	48,428	91,586										
	หมายเหตุ: ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2564 มีการกำหนดการดำเนินงานแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นรายบุคคล ยังไม่ได้คำนวณเป็นร้อยละ													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์นิตธีรตัน บุญตานนท์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4273 โทรศัพท์มือถือ : 08 6879 6655 โทรสาร : - E-mail : nithirat.b@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวจุฑาภัก เจนจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 09 1768 6265 โทรสาร : - E-mail : juthapak.j@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1) กลุ่มพัฒนาระบบสุขภาพและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4504 โทรสาร : - 2) กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 โทรสาร : - E-mail : 02group.anamai@gmail.com													

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 7.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 7.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
คำนิยาม	คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม จำนวนโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป มีทั้งหมด 211 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 มีจำนวน 11,312,447 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)				
เกณฑ์เป้าหมาย : 7.1 และ 7.2					
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50
7.2 ภาวะหกล้ม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (http://agingthai.dms.moph.go.th)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				

รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 7.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 7.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2566:				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30
7.2 ภาวะหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30
ปี 2567:				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37.5	≥ ร้อยละ 40
7.2 ภาวะหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37.5	≥ ร้อยละ 40
ปี 2568:				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
7.2 ภาวะหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
ปี 2569:				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
7.2 ภาวะหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
ปี 2570:				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
7.2 ภาวะหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :	1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต			
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th 5. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	-	-	34.97
	ภาวะหกล้ม		-	-	80.29
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์ ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 ต่อ 819 โทรศัพท์มือถือ : 08 4156 3251 E-mail : Akarathan_jitnu@hotmail.com 2. นางนิติกุล ทองน่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 6211 ต่อ 823 เบอร์มือถือ 08 4653 3443 E-mail: fasai7sky@yahoo.com 3. นางสาวปนิดา มุ่งกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์. 0 2590 6211 ต่อ 818 เบอร์มือถือ 09 3321 5288 E-mail: pani_tangmo@hotmail.com 4. นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ ผู้ช่วยนักวิจัย เบอร์โทรศัพท์. 0 2590 6211 ต่อ 816 เบอร์มือถือ 09 0956 5597 E-mail: chalang2012@gmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 - 13 โทรสาร : 0 2591 8277				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายพินิจ เอิบอิม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 โทรศัพท์มือถือ : 08 4681 1567 E-mail : piniterbim@gmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์				
	2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	8. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ
คำนิยาม	1. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด 2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (F3-A) กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล 3. เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ (เอกสารแนบท้าย มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ) 1. โรงพยาบาลระดับ F1-F3 2. โรงพยาบาลระดับ M1-M2 3. โรงพยาบาลระดับ S-A 4. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้ - ระดับ A (Advance-level Hospital): โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง - ระดับ S (Standard-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ - ระดับ M1 (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ - ระดับ M2 (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 –5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย 2 คน - ระดับ F1 (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาด 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 5. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่นๆ 6. 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
	F3	80
	รวม	901
	7. จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565 มีจำนวน 13,261,638 คน คิดเป็นร้อยละ 20.03 (ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่เข้าถึง 4 ธันวาคม 2565)	

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์คุณภาพ

วัตถุประสงค์	1.เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา พันฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ อย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป (F3-A) ทั้งหมด (พิจารณาสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ F M S A)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ = (A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 95	≥ ร้อยละ 100

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลที่มีคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ	≥ ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลที่มีคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ	≥ ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่มีคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ

วิธีการประเมินผล :

1. ทำการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. เป้าหมายของร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)
2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ
3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก
4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : <http://agingthai.dms.moph.go.th>



คู่มือความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ



แนวทางการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ



คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	-	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงบุษกร โลหารขุน ผู้อำนวยการ เบอร์มือถือ 08 1707 1976 E-mail : bloharjun@gmail.com 2. นางนิติกุล ทองน่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 6211 ต่อ 823 เบอร์มือถือ 08 4653 3443 E-mail: fasai7sky@yahoo.com 3. นางสาวเพ็ญพิชชา โอภาสวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เบอร์โทรศัพท์. 0 2024 8481 เบอร์มือถือ 08 4660 3060 E-mail: penpicha.work@gmail.com 4. นางสาวปนิดา มุ่งกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 6211 ต่อ 818 เบอร์มือถือ 09 3321 5288 E-mail: pani_tangmo@hotmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 - 13 โทรสาร : 0 2591 8277
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายพินิจ เอิบอิม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 โทรศัพท์มือถือ : 08 4681 1567 E-mail : piniterbim@gmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: Evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	9. อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน				
คำนิยาม	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง ความชุกหรือร้อยละของประชาชนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป วัดจากแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะหรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบ ชักถาม จนสามารถประเมิน และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดี และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้อื่นได้ ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ประชาชนมีทักษะ (1) การค้นหาคำตอบที่ต้องการ (2) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น (3) การตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และ (4) การประพฤติปฏิบัติโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็นและสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้ (เพื่อให้มีความหมายตรงกับ Health Literacy)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	70 (สำรวจ)	71	72	73	74 (สำรวจ)
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกช่วงวัย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) Rapid Survey 1 ครั้งต่อปี โดยการสำรวจจากผู้รับบริการของสถานบริการสุขภาพและชุมชนนาร่อง (ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ) ในระบบแพลตฟอร์ม “สาสุข อุ่นใจ” 2) การสำรวจครัวเรือนระดับประเทศ (Household Survey) ทุก 5 ปี				
แหล่งข้อมูล	การสำรวจในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ระดับชาติ (ฉบับย่อ 17 คำถาม ปรับปรุงปี 2565) ซึ่งผู้ตอบแบบสำรวจจะประเมินทักษะที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทำไม่ได้เลยหรือไม่เคยทำ (0 คะแนน) ทำได้ยากมาก (1 คะแนน) ทำได้ยาก (2 คะแนน) ทำได้ง่าย (3 คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (4 คะแนน) ทั้งนี้ เกณฑ์ของประชาชนที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป คือผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 45 คะแนนขึ้นไป (ประยุกต์จากเกณฑ์ของ The European Health Literacy Project 2009-2012 ที่อิงเกณฑ์คะแนนมากกว่าร้อยละ 66 ของคะแนนเต็มของแบบสอบถาม)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (45 คะแนน)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	1) Rapid Survey 1 ครั้งต่อปี 2) Household Survey ทุก 5 ปี				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

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

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 71

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 72

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 73

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 74

วิธีการประเมินผล :

เกณฑ์ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป คือผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 45 คะแนนขึ้นไป (ประยุกต์จากเกณฑ์ของ The European Health Literacy Project 2009-2012 ที่อิงเกณฑ์คะแนนมากกว่าร้อยละ 66 ของคะแนนเต็มของแบบสอบถาม)

เอกสารสนับสนุน :

1. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562
2. คู่มือแนวทางการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป

รายละเอียดข้อมูล
พื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565
65	ร้อยละ	ใช้ผลสำรวจปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ ร้อยละ 65

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- | | |
|---|---|
| 1. นายคัมภีร์ งานดี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4916
โทรสาร : | นักประชาสัมพันธ์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : 081 292 9371
E-mail : kampee.n@anamai.mail.go.th |
| 2. นายสายชล คล้อยเอี่ยม
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4705
โทรสาร : | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 088 323 4265
E-mail : Saichon.k@anamai.mail.go.th |
- กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

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

ผู้รับผิดชอบการรายงาน
ผลการดำเนินงาน

- | | |
|--|--|
| นายสายชล คล้อยเอี่ยม
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4705
โทรสาร : | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 088 323 4265
E-mail : Saichon.k@anamai.mail.go.th |
|--|--|
- กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ			
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	10. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ			
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 85	ร้อยละ 87	ร้อยละ 89	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 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 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน 2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา 3 มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่กำหนด 2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง 3. ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พชอ.ผ่าน CL UCCARE	1. ประเมินผลการดำเนินงาน จากระบบ CL UCCARE 2. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัดและเขต	1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85 2.พชอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 3 ล้านคน
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 87

			2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแล คุณภาพชีวิต จำนวน 3.2 ล้านคน (ขยาย กลุ่มเป้าหมาย)
ปี 2568:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			1.อำเภอมีการดำเนินงาน และผ่านเกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มี คุณภาพ ร้อยละ 89 2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแล คุณภาพชีวิต จำนวน 3.5 ล้านคน (ขยาย กลุ่มเป้าหมาย)
ปี 2569:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			1.อำเภอมีการดำเนินงาน และผ่านเกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มี คุณภาพ ร้อยละ 90 2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแล คุณภาพชีวิต จำนวน 3.7 ล้านคน (ขยาย กลุ่มเป้าหมาย)
ปี 2570:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			1.อำเภอมีการดำเนินงาน และผ่านเกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มี คุณภาพ ร้อยละ 92 2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแล คุณภาพชีวิต จำนวน 4 ล้านคน (ขยาย กลุ่มเป้าหมาย)
วิธีการประเมินผล :	1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน 3.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง 4.มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน		

	5.มีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเอง (ผ่านโปรแกรม CL UCCARE) และผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต				
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)	ร้อยละ 73.12 (642 อำเภอ)	ร้อยละ 83.77 (736 อำเภอ)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 08 8258 8596 โทรสาร : 02 590 1938 E-mail : swiriya04@yahoo.com 2. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 08 1923 0536 โทรสาร : 02 590 1938 E-mail : peed.pr@gmail.com สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 08 1923 0536 โทรสาร : 02 590 1937 E-mail : peed.pr@hotmail.com 2. นางเนาวรัตน์ สัจจากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 08 7419 1404 โทรสาร : 02-590 1937 E-mail : projdhub@gmail.com สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 08 1923 0536 โทรสาร : 02 590 1937 E-mail : peed.pr@hotmail.com 2. นางเนาวรัตน์ สัจจากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1939 โทรศัพท์มือถือ : 08 7419 1404 โทรสาร : 02-590 1937 E-mail : projdhub@gmail.com สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	11. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System) 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 กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ทำให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลมีศักยภาพที่สูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย 5. การบริหารจัดการภัยพิบัติ Disaster management หมายถึง การใช้กลไกกระบวนการ และองค์ประกอบในการดำเนินงาน เพื่อจุดมุ่งหมายในประสิทธิผลและประสิทธิภาพของปฏิบัติการด้านภัยพิบัติ (การป้องกัน การลดผลกระทบ การเตรียมพร้อม การเผชิญเหตุ) 6. ทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Team) หมายถึง ทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบการเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 7. ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) หมายถึง เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลและรับส่งผู้ป่วย สำหรับเฝ้าระวังปัญหาการบาดเจ็บทางถนนของจังหวัด

8. **ค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival)** หมายถึง การพิจารณาข้อมูลของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทุกราย ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และแยกผู้บาดเจ็บออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ค่า Ps น้อยกว่า 0.25 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ (non preventable death) 2) ค่า Ps 0.25 ถึง 0.50 เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มป้องกันการเสียชีวิตได้ (potentially preventable death) 3) ค่า Ps มากกว่า 0.50 เป็นกลุ่มที่ป้องกันการเสียชีวิตได้ (preventable death)
9. **คู่มือมาตรฐานรพพยาบาล** หมายถึง การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของรพพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย มาตรฐานโครงสร้างรพพยาบาล แนวปฏิบัติเพื่อการขับเคลื่อนรพพยาบาลปลอดภัย แนวทางเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ ขณะปฏิบัติงานบนรพพยาบาล แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยบนรพพยาบาล และแนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรพพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
10. **ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System : ICS)** สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับบัญชาการ สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากรที่แม่นยำและรวดเร็ว
11. **สาธารณภัย** หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล
12. **ความเสี่ยงสาธารณภัย** หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความว่า “โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัย โดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ
13. **การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย (Risk Assessment)** หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวกับภัย ความอ่อนแอ และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม
14. **แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP)** หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอน และวิธีการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะ ปกติ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง
15. **การฝึกซ้อมแผน** หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัย

เกณฑ์เป้าหมาย :									
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68		ปีงบประมาณ 69		ปีงบประมาณ 70	
ร้อยละ 65		ร้อยละ 75		ร้อยละ 80		ร้อยละ 90		ร้อยละ 100	
วัตถุประสงค์		1. เพื่อดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางของหน่วยงานระดับจังหวัด 2. เพื่อสนับสนุนการใช้งานระบบการรายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ให้มีความเสถียรภาพด้านความถูกต้อง คุณภาพของข้อมูล และการประมวลผลของระบบให้ครอบคลุม 3. ติดตามและประเมินการใช้คู่มือกำหนดมาตรฐานรพยบาล กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยของหน่วยงานระดับจังหวัด 4. เพื่อยกระดับการพัฒนากระบวนการปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 76 จังหวัด							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		กองสาธารณสุขฉุกเฉินประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด							
แหล่งข้อมูล		ข้อมูลจากผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด							
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดครบทั้ง 4 ระดับ (12 ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมินและมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก							
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) X 100							
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) และ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)							
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566 – 2570									
ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	คะแนน	เป้าหมายดำเนินการ						
			3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน			
1	มีคำสั่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด	1	/						
2	จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด	1		/					
3	มีกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)	1			/				
4	สรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)	1					/		
5	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ได้	1	/						
6	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า 0.5 มา review death case	1			/				
7	สรุปผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)	1					/		

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566 – 2570

ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	คะแนน	เป้าหมายดำเนินการ			
			3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
8	ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรพยบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย 5 หมวด	1		/		
9	มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ 3 ลำดับแรก และสาธารณสุขที่สำคัญ 3 ลำดับแรกของจังหวัด	1	/			
10	มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด	1		/		
11	ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุข 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด	1			/	
12	ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัยต่อปี	1				/
	คะแนนเต็ม	12	3	3	3	3

สูตรคำนวณระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) คำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 12 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/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
	1.	การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล (Pre- Hospital) การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข	
		1.1 มีคำสั่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด 1.2 จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด	1.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนแผนความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน) 1.2 แผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)

วิธีการประเมินผล :		1.3 มีกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) 1.4 สรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)	1.3 รายงานกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด อาทิ คำสั่งคณะทำงาน การกำหนดตัวชี้วัด การนิเทศงาน การเยี่ยมเสริมพลัง การกำกับติดตามประเมินผล เป็นต้น 1.4 รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)												
	2.	การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In-Hospital Emergency) พัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัด													
		2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ได้ 2.2 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า 0.5 มา review death case 2.3 สรุปผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)	2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รายงานข้อมูล และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) <table><tr><td>ปี</td><td>66</td><td>67</td><td>68</td><td>69</td><td>70</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table> 2.2 มีรายงานติดตามทบทวนข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival) มากกว่า 0.5 2.3 สรุปรายงานผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)	ปี	66	67	68	69	70	ร้อยละ	100	100	100	100	100
	ปี	66	67	68	69	70									
	ร้อยละ	100	100	100	100	100									
3.	การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation)														
	ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย 5 หมวด 1) โครงสร้างรถพยาบาล 2) แนวปฏิบัติเพื่อการขับขีรถพยาบาลปลอดภัย 3) แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ขณะปฏิบัติงานบนรถพยาบาล	3.1 รายงานผลการประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย หมายเหตุ : ปี 66 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ standard ปี 67 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของ													

		4) แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยในโรงพยาบาล 5) แนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของโรงพยาบาล	จังหวัด 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
	4.	การบริหารจัดการภัยพิบัติ (Disaster management)	
		4.1 มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ 3 ลำดับแรก และสาธารณสุขที่สำคัญ 3 ลำดับแรกของจังหวัด 4.2 มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด 4.3 ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุข 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด 4.4 ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัยต่อปี	4.1 รายงานผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด ตามแบบฟอร์มกลาง 4.2 โครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด 4.3 แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุข 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด 4.4 รายงาน/สรุปซ้อมแผนของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัย

เอกสารสนับสนุน :	1) ฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) 2) แบบประเมินผู้ปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 3) คู่มือมาตรฐานรพยบาลกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย 4) แบบประเมินติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามมาตรฐานรพยบาล กระทรวงสาธารณสุข 5) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) 6) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 7) แนวทางประเมินความเสี่ยงภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System)	ระดับ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สุทธิดีเดช เจริญไชย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : 087 979 1785 โทรสาร : 02 590 2804 E-mail : sariddet@gmail.com 2. แพทย์หญิงอลิสา ยานะสาร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771 โทรศัพท์มือถือ : 087 807 7363 โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : yanasan.a@gmail.com 3. นางสุรรัตน์ ใจดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1771 โทรศัพท์มือถือ : 094 628 9907 โทรสาร : 02-590 1771 E-mail : sureeratdee@hotmail.com กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง) รับผิดชอบระดับที่ 1 และระดับที่ 2	น.ส.นิตยา คณิตสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1967 โทรศัพท์มือถือ : 061-563-5453 โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : Kanitsarn@gmail.com กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง) รับผิดชอบระดับที่ 3	1. น.ส.ปฐริดา แก้วเกษศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1099 โทรศัพท์มือถือ : 085 246 3990 โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : dphem.ecs@gmail.com กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง) รับผิดชอบระดับที่ 4	1.น.ส.ณัฐชญา น้อยยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1908 โทรสาร : 02-590 1771 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 088 894 8600 E-mail : eoc.dphem@gmail.com 2. นายสุบรรณ สิงห์โต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1002 โทรสาร : 02-590 1771 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 087 254 5261 E-mail : satmoph@gmail.com กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสาวพนิดา นาถนอม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1353 โทรสาร : 02 590 1771 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 080 076 7931 E-mail : dphem.kpi@gmail.com 2.นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com 3.นางสาววรรัตน์ ทุนทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com 4. นายภาสกร ณ นคร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 087 331 7241 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	12. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง 12.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 12.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 11.1)	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธี ดังนี้ (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำ ตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (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 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-180 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 72	$\geq$ ร้อยละ 74	$\geq$ ร้อยละ 76	$\geq$ ร้อยละ 78
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE=“9”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ 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) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2566:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 70
ปี 2567:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	-
ปี 2568:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	-
ปี 2569:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	-
ปี 2570:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	-
วิธีการประเมินผล	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl			
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน	ร้อยละ	59.99	63.15	70.28 (HDC 16 ก.ย. 65)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893 2. นายแพทย์ชูฤทธิ์ เตังไตรสรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893 3. นางสาวณัฐจิราวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวณัฐจิราวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 2. นางสาวรัญญา ตรีเหล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 3. นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 4. นางสาวสุภาพร หน่อคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 5. นางสาวจิตตรา ธัญญารักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867				
คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 11.2)	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน <u>หรือ</u> การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุข				

เดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย $\geq$ ร้อยละ 93 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) $\geq$ ร้อยละ 60 จากกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปิงปประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ											
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1"> <tr> <th>ปิงปประมาณ 66</th> <th>ปิงปประมาณ 67</th> <th>ปิงปประมาณ 68</th> <th>ปิงปประมาณ 69</th> <th>ปิงปประมาณ 70</th> </tr> <tr> <td>$\geq$ ร้อยละ 93</td> <td>$\geq$ ร้อยละ 95</td> <td>$\geq$ ร้อยละ 95</td> <td>$\geq$ ร้อยละ 95</td> <td>$\geq$ ร้อยละ 95</td> </tr> </table>		ปิงปประมาณ 66	ปิงปประมาณ 67	ปิงปประมาณ 68	ปิงปประมาณ 69	ปิงปประมาณ 70	$\geq$ ร้อยละ 93	$\geq$ ร้อยละ 95	$\geq$ ร้อยละ 95	$\geq$ ร้อยละ 95	$\geq$ ร้อยละ 95
ปิงปประมาณ 66	ปิงปประมาณ 67	ปิงปประมาณ 68	ปิงปประมาณ 69	ปิงปประมาณ 70							
$\geq$ ร้อยละ 93	$\geq$ ร้อยละ 95	$\geq$ ร้อยละ 95	$\geq$ ร้อยละ 95	$\geq$ ร้อยละ 95							
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในปิงปประมาณ หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud										
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน 90 วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปิงปประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน										
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566: <table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>$\geq$ ร้อยละ 60</td> <td>$\geq$ ร้อยละ 80</td> <td>$\geq$ ร้อยละ 93</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 80	$\geq$ ร้อยละ 93		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 80	$\geq$ ร้อยละ 93								

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล

ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ

วิธีการประเมินผล

A1 : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDScreen และได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยโดยการทำให้ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกัน อย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

A2 : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือ ในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดย ประมวลผลจาก แฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ที่มีประวัติสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในแฟ้ม NCDScreen โดยการคิดผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง 2 วิธี จะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก

B : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDScreen ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใน ปีงบประมาณ โดยคิดจากค่าความดันโลหิตที่เข้าได้กับกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน)

1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ดังนั้น วันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564

ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม)

1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องไม่เกินวันที่ 29 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
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	68.92	76.31	91.73 (HDC 16 ก.ย. 65)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893 ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : iamkrisada@gmail.com 2. นายแพทย์ชูฤทธิ์ เตังไตรสรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893 รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : t.churit@gmail.com 3. นางสาวณัฐจิราวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวณัฐจิราวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com 2. นางหทัยชนก เกตุจนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : hathaichai@gmail.com 3. นางสาวเบญจมาศ นาคราช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : bnakkarach@gmail.com 4. นางสาวขวัญชนก อีสระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : khuanchanok_cake@hotmail.com 5. นางสาวสุภาพร ศุภสร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supasorn_su@hotmail.com				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	13. ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562				
คำนิยาม	จังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 หมายถึง จังหวัดที่มีการดำเนินงาน ตามมาตรการสำคัญของโครงการ โดยสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 อย่างน้อย 4 ข้อ จาก 6 ข้อ ประกอบด้วย 1. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัด / กทม. (EnvOcc CU) ตาม พ.ร.บ.ฯ อย่างน้อย 1 หน่วยต่อจังหวัด 2. จัดทำสถานการณ์ รวมถึงข้อมูลที่จำเป็น / เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ ได้แก่ โรคจากการประกอบอาชีพ 5 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากฝุ่นซิลิกา โรคจากภาวะอับอากาศ โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช) และ โรคจากสิ่งแวดล้อม 2 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ 3. สนับสนุนให้มีการแจ้ง การรายงาน กรณีพบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ผ่านระบบ Event based 4. สอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ รวมทั้งจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน / คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม. เพื่อเสนอต่อกรมควบคุมโรคทราบ 5. สื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 6. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน / คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม.				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 60		ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดจังหวัดต้นแบบ และกลไกการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 รวมทั้งมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นรูปธรรม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	77 จังหวัด (รวมกรุงเทพมหานคร)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดรายงานข้อมูลตามแบบรายงานที่กรมควบคุมโรคกำหนด				

แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ดำเนินงานตามมาตรการสำคัญของโครงการ ได้อย่างน้อย 4 ใน 6 ข้อ ตามที่ระบุไว้ในนิยาม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (77 จังหวัด)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1-4)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับส่วนกลาง 1. ชี้แจงแนวทางการพัฒนาจังหวัดต้นแบบการดำเนินงาน ตาม พ.ร.บ.ฯ และระบบการรายงาน 2. จัดทำแนวทางการแจ้งการรายงาน และการสอบสวนโรคตาม พ.ร.บ.ฯ 3. ชี้แจงเกณฑ์การแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรคตาม พ.ร.บ.ฯ และการใช้งานในระบบ Event based 4. จัดทำ/สนับสนุนชุดสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ให้กับ สคร. / สปคม. และจังหวัด 5. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ฯ ระดับ สคร./สปคม. 1. เข้าร่วมการชี้แจงจากส่วนกลาง และ ประสานหรือชี้แจงแนวทางการพัฒนาจังหวัดต้นแบบการดำเนินงาน ตาม พ.ร.บ.ฯ ในพื้นที่รับผิดชอบ	ระดับส่วนกลาง 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร สคร./สปคม. ผ่านระบบ online / onsite 2. ทวนสอบข้อมูลผู้ป่วยหรือเหตุการณ์จากระบบ HDC หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 3. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานจากระบบ Event based 4. จัดกิจกรรม / สร้างช่องทาง เพิ่มเครือข่ายเพื่อสร้างการรับรู้ เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ในวงกว้าง 5. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน 6. สรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน ระดับ สคร./สปคม. 1. สนับสนุน / ดำเนินการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ ตามหลักสูตร EnvOcc CU ผ่านระบบ online / onsite 2. ดำเนินการแจ้ง / รายงานโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือตามปัญหา	ระดับส่วนกลาง 1. ทวนสอบข้อมูลผู้ป่วยหรือเหตุการณ์จากระบบ HDC หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 2. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานจากระบบ Event based 3. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและรับรู้ พ.ร.บ.เพิ่มเติม เช่น หอกระจายข่าวชุมชน เป็นต้น 4. ติดตาม / สนับสนุนการดำเนินงานจัดตั้งหน่วยฯ และการขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวังฯ ระดับ สคร./สปคม. 1. รวบรวมฐานข้อมูลผู้ได้รับการอบรมตามหลักสูตร EnvOcc CU และเตรียมการสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยฯ 2. ดำเนินการแจ้ง / รายงานโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือตามปัญหา	ระดับส่วนกลาง 1. มีจังหวัดต้นแบบอย่างน้อยร้อยละ 60 (46 จังหวัด) 2. สรุปผลการดำเนินงานในภาพประเทศ รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอเชิงนโยบาย ระดับ สคร./สปคม. 1. มีจังหวัดต้นแบบอย่างน้อยร้อยละ 60 (ของจำนวนจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ) 2. สรุปผลการดำเนินงานในภาพเขต รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค

2. ประสาน/ประชาสัมพันธ์หลักสูตรอบรมหน่วยปฏิบัติการฯ 3. วิเคราะห์และจัดทำสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในเขต 4. สร้างกลไก หรือ รูปแบบการประชาสัมพันธ์สื่อเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ ภายในพื้นที่รับผิดชอบ ระดับจังหวัด 1. เข้ารับการชี้แจงแนวทาง ให้สามารถดำเนินการตาม พ.ร.บ.ฯ 2. ประสาน/ประชาสัมพันธ์หลักสูตรอบรมหน่วยปฏิบัติการฯ 3. วิเคราะห์และจัดทำสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ 4. สร้างกลไก หรือ รูปแบบการประชาสัมพันธ์สื่อ เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ ภายในพื้นที่รับผิดชอบ	ของพื้นที่ พร้อมดำเนินการหรือสนับสนุนการสอบสวนโรค หากจังหวัดร้องขอ 3. สนับสนุนสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. แก่หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 4. ติดตามประเมินผล 5. สรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน ระดับจังหวัด 1. เข้ารับการพัฒนาศักยภาพผ่านระบบ online / onsite 2. ดำเนินการพัฒนาต้นแบบตามมาตรการสำคัญ อย่างน้อย 4 ใน 6 ข้อ* (โดยประเมินผลจังหวัดต้นแบบในไตรมาส 4)	ของพื้นที่ พร้อมดำเนินการหรือสนับสนุนการสอบสวนโรค หากจังหวัดร้องขอ 3. สนับสนุนการคัดเลือกประเด็นปัญหาในพื้นที่เพื่อนำมาขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวังฯ ระดับจังหวัด 1. ดำเนินการพัฒนาต้นแบบตามมาตรการสำคัญ อย่างน้อย 4 ใน 6 ข้อ* (โดยประเมินผลจังหวัดต้นแบบในไตรมาส 4)	และข้อเสนอเชิงนโยบาย ระดับจังหวัด 1. ดำเนินการพัฒนาต้นแบบตามมาตรการสำคัญ อย่างน้อย 4 ใน 6 ข้อ* 2. สรุปผลการดำเนินงาน รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ไปยัง สคร./ สปคม.
---	--	---	---

หมายเหตุ * กรณีไม่มีกิจกรรมตามข้อ 3 (มีการแจ้ง การรายงานฯ) ให้จัดทำหนังสือเสนอผู้บริหารว่า ไม่มีเหตุการณ์เข้าเกณฑ์ฯ

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
				ร้อยละ 90	
ปี 2570:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
				ร้อยละ 100	
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. หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพหน่วย EnvOcc CU และเอกสารประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดตาม QR Code 3. โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด https://eventbased-doe.moph.go.th/eventbase/user/login/ 4. ระบบแจ้งข่าวการระบาด สำหรับจังหวัด https://eventbased-doe.moph.go.th/eventbase_prov/user/login/			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
					256325642565
		ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562		ร้อยละ	- - -
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 3865 E-mail : untimanon@gmail.com 2. นายสาธิต นามวิชา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านกฎหมาย) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 09 2473 5914 โทรสาร : 0 2590 3865 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. นางสาวรุ่งประกาย วิฑูรย์ชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสื่อสาร/มาตรการ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 08 9244 6924 โทรสาร : 0 2590 3865 E-mail : rung.envocc1@gmail.com กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค			

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.นางสาวสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 08 1398 5013 โทรสาร 0 2590 3864 E-mail : sutatip-bu@gmail.com 2.นางจตุพร บุณนาค นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 09 7301 6873 โทรสาร 0 2590 3864 E-mail : jatuporntaeng@gmail.com กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
---	--

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)										
แผนงานที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ										
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ										
ระดับการแสดงผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	14. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต										
คำนิยาม	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ 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 ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ.2562 3. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พรบ.โรงงาน พ.ศ. 2562 ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับการอนุญาตร้อยละ ๕๐ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริมต่อเขตสุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาต โดยมีเป้าหมายร้อยละ 50 ต่อเขตสุขภาพ (สามารถเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง และนับรวมกันทุกผลิตภัณฑ์)										
เกณฑ์เป้าหมาย :											
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 50 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ</td><td>ร้อยละ 60 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ</td><td>ร้อยละ 70 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ</td><td>ร้อยละ 80 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ</td><td>ร้อยละ 90 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 50 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 70 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 80 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ 50 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 70 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 80 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ							
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการ ในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	อย. นำผลพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพจากส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคเข้าระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข										
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด										

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	6, 9 และ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 10		ร้อยละ 25	
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 20		ร้อยละ 30	
ปี 2567 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 25		ร้อยละ 35	
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 30		ร้อยละ 40	
ปี 2568 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 35		ร้อยละ 45	
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 40		ร้อยละ 50	
ปี 2569 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 45		ร้อยละ 55	
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 50		ร้อยละ 60	
ปี 2570 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 55		ร้อยละ 65	
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 60		ร้อยละ 70	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
	หมายเหตุ : ผลการดำเนินงานรวมทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และนับผลรวมกันทุกผลิตภัณฑ์				

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง 1.1 ผลิตภัณฑ์อาหาร นางสาวอรสา จวรกุล นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 -590 7206 /02-590-7214 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : - e-mail : planning.food@gmail.com กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 1.2 ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง นางอารตรา ปัญญาภิภาณ เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8490 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02 591 8468 e-mail : aratra@fda.moph.go.th กองควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 1.3 ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย นางสาวพริดา สิงห์เสนี เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7385 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : - e-mail : parida@fda.moph.go.th กองควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย 1.4 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร นางสาวดวงกมล ภักดีสัตยพงศ์ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7476 โทรศัพท์มือถือ : 08 1693 8383 โทรสาร : 0 2590 7478 e-mail : pjoy17@gmail.com กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร 2. กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น (คป.) ปิยะ ฉินมณีวงศ์ ผู้อำนวยการกอง คป. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7394 โทรศัพท์มือถือ : 08 1711 7115 โทรสาร : 0 2591 8484 e-mail : joecwt45@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน	ส่วนกลาง	
	นางนิธิวดี บัตรพรธนะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292	โทรศัพท์มือถือ : 093-329-6998
	โทรสาร : 02-591-8457	E-mail : pattana@fda.moph.go.th
	กลุ่มติดตามและประเมินผล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
	ส่วนภูมิภาค	
	นางสาวอุษณีย์ ทองใบ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7395	โทรศัพท์มือถือ : 084-974-6547
	โทรสาร : 0 2591 8484	E-mail : kb@fda.moph.go.th
	กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)													
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ													
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ													
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ													
ชื่อตัวชี้วัด	15. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด													
คำนิยาม	สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้ 1. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ และมีใช้การขายของในตลาด 2. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ 3. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น โดยเกณฑ์มาตรฐานที่ดำเนินการได้ ดังนี้ มาตรฐาน Clean Food Good Taste หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับพื้นฐาน ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 หมวด (สุขลักษณะ 4 หมวด และชีวภาพ 1 หมวด) มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 หมวด และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์การรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร หมายถึง สถานประกอบการอาหารที่จะได้รับป้ายรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานครจะต้องเป็นสถานประกอบการอาหารที่ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร 4 องค์ประกอบหลัก 1. ด้านสุขลักษณะทางกายภาพ อาคารสถานที่ (Place) 2. ด้านคุณภาพอาหาร (Food) 3. ด้านบุคลากร ผู้สัมผัสอาหาร (Food Handler) 4. ด้านการบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Service)													
เกณฑ์เป้าหมาย :														
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 35</td><td>ร้อยละ 40</td><td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 70</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70										
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70										
หมายเหตุ: กำหนดค่าเป้าหมายตามกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข														
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน สะอาด ปลอดภัยให้บริการในพื้นที่													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	77 จังหวัด													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์													

	ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัย/สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง นำข้อมูล มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของเขตสุขภาพ และจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป รวมทั้งการตรวจประเมินเชิงคุณภาพ พร้อมจัดส่งให้กรมอนามัย 3. กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลฯ ระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส 4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$=(A*100)/B$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล รอบ 6 รอบ 9 และรอบ 12 เดือน (มีนาคม 2566, มิถุนายน 2566, กันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 10	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 20	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 30

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัย/สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด
2. ศูนย์อนามัย/สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
 - 2.1 วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพอาหารในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
 - 2.2 สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานสุขภาพอาหารของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

	2.3 ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/กรุงเทพมหานคร 2.4 จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต รวมทั้งสุ่มประเมินฯ เฝ้า คุณภาพในพื้นที่ 3. กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายสุ่มประเมินเชิงคุณภาพฯ ในระดับเขต/พื้นที่ และจัดทำ สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ				
เอกสารสนับสนุน :	1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ 3. กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 4. คู่มือ การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่าย อาหาร พ.ศ. 2561 5. คู่มือ อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) 6. คู่มือ การดำเนินการของหน่วยงานจัดอบรมตามประกาศอบรมผู้ประกอบการและ ผู้สัมผัสอาหาร 7. คู่มือ หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	จังหวัดมีการขับเคลื่อน การดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยที่มี ประสิทธิภาพ	แห่ง	-	-	380
	หมายเหตุ: สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดีมาก (Clean Food Good Taste Plus) ภายใต้ตัวชี้วัดจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มี ประสิทธิภาพ ปีงบประมาณ 2565				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ 1. นางสาวอารยา วงศ์ป้อม				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัด	16. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)	
	หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
		6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน และทรัพยากร	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
	หมวด E: Environment การ จัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
		9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรับบริการของผู้ป่วยและญาติ

	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุบัติเหตุโรค และการ ดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
		11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล
		12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
		13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)	
	หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน 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		

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 40	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 50 - ระดับดีเยี่ยม ขึ้นไป ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60 - ระดับดีเยี่ยม ขึ้นไป ร้อยละ 40 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 20	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 70 - ระดับดีเยี่ยม ขึ้นไป ร้อยละ 50 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลการประเมินในพื้นที่วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง 3. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขตและรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th) และ Cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม (http://envhealthcluster.anamai.moph.go.th/main.php?filename=reportform64) เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน **สำหรับปีงบประมาณ 2566 สามารถจัดเก็บข้อมูลผลการประเมินผ่านโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) หมายเหตุ : ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อประเมินได้ ให้รายงานผลโดยใช้ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยประสานให้คำแนะนำด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่โรงพยาบาล		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100		
ระยะเวลาประเมินผล	- รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง (ทุกวันที่ 25 ของเดือน) - รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ 3,9,6 และรอบ 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนการขับเคลื่อนเพื่อยกระดับการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ GCHC	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 10	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 25	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge	โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 35	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 40

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge	โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 45	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 50

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge	โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 55	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge	โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 65	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 70

วิธีการประเมินผล :	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge 3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge 2. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health)

	4. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล 5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล 6. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 7. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน 8. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565*
	ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	0.21	0.21	0.10
	ระดับดี	ร้อยละ	14.51	7.72	1.67
	ระดับดีมาก	ร้อยละ	44.89	38.94	32.15
	ระดับดีมาก Plus	ร้อยละ	40.40	53.13	66.08
	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ	100.00	100.00	100.00
หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 28 กันยายน 2565*					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวปริญญ์ ไหมเจริญศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904200 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th 2. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904200 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวรัตนา เฒ่าอุดม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : rattana.t@anamai.mail.go.th 2. นางสาวกัทยา พิมพ์สิดา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pattaya.p@anamai.mail.go.th 3. นางสาวนวรรณ์ อภิขัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904321 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวรัตนา เฒ่าอุดม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : rattana.t@anamai.mail.go.th 2. นางสาวกัทยา พิมพ์สิดา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pattaya.p@anamai.mail.go.th				

	3. นางสาวนวรรตน์ อภิชัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904321 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail :nawarat.t@anamai.mail.go.th
--	---	---

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	17. 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 การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข 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) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ (6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

	ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย				
	1. ยกระดับคุณภาพบริการ โดยมีการประเมินตนเอง ตามคู่มือ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ 2. คัดเลือกการดำเนินงานที่ สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย 1 ประเด็น รวมทั้งต้องสอดคล้องกับประเด็น พขอ. ที่กำหนด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	3,500 ทีม (ร้อยละ 52)	4,000 ทีม (ร้อยละ 59)	4,500 ทีม (ร้อยละ 66)	5,000 ทีม (ร้อยละ 74)	5,500 ทีม (ร้อยละ 81)
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบขึ้นทะเบียน				
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2566 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		3,100 ทีม	3,300 ทีม	3,500 ทีม	
ปี 2567 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				4,000 ทีม	
ปี 2568 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				4,500 ทีม	
ปี 2569 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				5,000 ทีม	

ปี 2570 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			5,500 ทีม

วิธีการประเมินผล :	จากระบบขึ้นทะเบียน และส่งลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบขึ้นทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ทีม	1,855	2,512	3,191
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรสาร : 0-2590-1938				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สฤกษ์ดีเดช เจริญไชย รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : 087-979-1785 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	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน				
คำนิยาม	ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 30 กันยายน 2565) หมอประจำตัว 3 คน หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษา และข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ หมอคคนที่ 1 คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8 - 15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคคนที่ 2 และหมอคคนที่ 3 หมอคคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล เกษัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชากร 1,250 - 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคคนที่ 1 และหมอคคนที่ 3 หมอคคนที่ 3 คือ หมอครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ โดยกำหนดให้หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1-3 รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคคนที่ 1 และ 2 อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคคนที่ 1 และ 2 มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	35 ล้านคน (ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 57) (ประชากร ไม่รวม กทม. จำนวน 61.8328 ล้านคน ข้อมูลจาก สปสช. ณ เดือน ก.ย. 65)	40 ล้านคน	45 ล้านคน	50 ล้านคน	55 ล้านคน
วัตถุประสงค์		- เพื่อให้ประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน ดูแล เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ			

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบขึ้นทะเบียน				
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อคู่กับ หมอประจำตัว 3 คน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2566 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		31 ล้านคน	33 ล้านคน	35 ล้านคน	
ปี 2567 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				40 ล้านคน	
ปี 2568 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				45 ล้านคน	
ปี 2569 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				50 ล้านคน	
ปี 2570:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				55 ล้านคน	
วิธีการประเมินผล :	จากระบบขึ้นทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบขึ้นทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ประชาชน คนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	ล้านคน	18.7101	26.5862	30.2875 ณ ก.ย. 65
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรสาร : 02 590 1938 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	1. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นพ. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรสาร : 02 590 1938 2. นายจรัส รัชกุล ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18724 โทรสาร : 02 149 5645				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	19. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน				
คำนิยาม	ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน ทั้งในเขตเมืองและชนบท การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการ สร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) เป็นต้น เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาควิชาที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 75,086 แห่ง				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	75	80	85	90	95
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน จำนวน 75,086 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. การประเมินหมู่บ้านจากระบบ Health Gate				
แหล่งข้อมูล	1.การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพได้จากระบบการประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Health Gate (https://healthgate.gen-hed.com/report/village)				
รายการข้อมูล 1	A = ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)				
รายการข้อมูล 2	B = ชุมชนเป้าหมายทั้งหมด (75,086 แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
เกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน					
2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน					
3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน					

6. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ นวัตกรรมสุขภาพ				
7. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดีระดับการพัฒนา				
1. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย				
2. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ				
3. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน				
4. ระดับดีเยี่ยม: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี				
วิธีการประเมินผล :		ประเมินโดยใช้แบบประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ		
Small Success				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
รอบ 12 เดือน				
1. มีเครื่องมือการดำเนินงาน (คู่มือ แนวทาง ชุดการเรียนรู้ สื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้อง/ เครื่องมือประเมิน)		1.แกนนำสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพ		1.ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 60
2.เครือข่ายได้รับการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ		2.ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 45		1.ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75
3.มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :		1. แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. แนวทางการประเมิน 3. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Gate		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
				2563
				2564
				2565
		ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ระดับพัฒนาขึ้นไป)	ร้อยละ	ร้อยละ 2.7 (2,034 แห่ง)
				ร้อยละ 24.64 (18,375 แห่ง)
				ร้อยละ 30.34 (22,778 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นางรุ่งกาญจน์ รณหงษา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18709 โทรสาร :02 149 5650 โทรศัพท์มือถือ: 085 484 8618 อีเมลล์ : rungkarn21@gmail.com กลุ่มแผนงานและประเมินผล กองสุขภาพ		

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ – สกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง โทรศัพท์มือถือ : E-mail :
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	ชื่อ – สกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง โทรศัพท์มือถือ : E-mail :

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	20. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit 20.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) 20.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit				
คำนิยาม 20.1	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 การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 7		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 20.1	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-		น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	
ปี 2567:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-		น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

ปี 2570:

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						
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (3ปีย้อนหลัง)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2563	2564	2565		
			8.56	ร้อยละ	8.01	8.49	8.79
			หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 13				
คำนิยาม 20.2	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit โดย หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ						
เกณฑ์เป้าหมาย :							
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70			
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80			
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13						
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 20.2	(A/B) x 100						

ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน :						
ปี 2566:						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75			
ปี 2567:						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75			
ปี 2568:						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80			
ปี 2569:						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80			
ปี 2570:						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80			
วิธีการประเมินผล :		การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13				
เอกสารสนับสนุน :		คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data (3ปีย้อนหลัง)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2563	2564	2565
		73.01	ร้อยละ	71.95	73.90	73.18
		หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 13				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	21. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 21.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 21.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่ีผลตรวจ 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 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค 3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) 4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report) 5. กลุ่มเป้าหมาย 5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

	5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ.2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน 6. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย 6.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ 6.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	88	88	88	88	88
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	90	90	90	90	90
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัย ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาคืบ 2.เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565)
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 21.1	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566) คิดจากอัตรา 143 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2022
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 21.2	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ■ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2566 ■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) 1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 1.3 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล 1.3.1 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 1.3.2 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1- 13

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	-	-	-	ร้อยละ 88
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	-	-	-	ร้อยละ 90

หมายเหตุ:

ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2566 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2566

วิธีการประเมินผล :	ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ แนวทางการประเมินผล 1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค) ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ในภาพรวมของประเทศ 2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ในระดับพื้นที่ 3 ระดับจังหวัด ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564 2.โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP)
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563 ¹	2564 ²	2565 ³
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ		85.4	85.0	80.8
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ		78.4	68.5	69.4

	หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ ที่มา https://ntip-ddc.moph.go.th ¹ ผลจากการดำเนินงาน ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ² ผลจากการดำเนินงาน ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ³ ผลจากการดำเนินงาน ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กรมควบคุมโรค กองวัณโรค <table><tr><td>1. แพทย์หญิงผลิน กมลวันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408</td><td>ผู้อำนวยการกองวัณโรค E-mail : drphalin09@gmail.com</td></tr><tr><td>2. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408</td><td>หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415 E-mail : swillwan@gmail.com</td></tr><tr><td>3. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408</td><td>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760 E-mail : laddawan126@hotmail.com</td></tr><tr><td>4. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com</td></tr></table>		1. แพทย์หญิงผลิน กมลวันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	ผู้อำนวยการกองวัณโรค E-mail : drphalin09@gmail.com	2. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415 E-mail : swillwan@gmail.com	3. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760 E-mail : laddawan126@hotmail.com	4. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com
1. แพทย์หญิงผลิน กมลวันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	ผู้อำนวยการกองวัณโรค E-mail : drphalin09@gmail.com									
2. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415 E-mail : swillwan@gmail.com									
3. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760 E-mail : laddawan126@hotmail.com									
4. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com									
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กรมควบคุมโรค กองวัณโรค <table><tr><td>นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com</td></tr></table>		นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com						
นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com									
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<table><tr><td>1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408</td><td>หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415 E-mail : swillwan@gmail.com</td></tr><tr><td>2. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408</td><td>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760 E-mail : laddawan126@hotmail.com</td></tr><tr><td>3. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com</td></tr></table>		1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415 E-mail : swillwan@gmail.com	2. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760 E-mail : laddawan126@hotmail.com	3. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com		
1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415 E-mail : swillwan@gmail.com									
2. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760 E-mail : laddawan126@hotmail.com									
3. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com									

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	3. โครงการป้องกันและควบคุมการติดยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด
คำอธิบาย	การขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือเรียกว่า RDU province เป็นการพัฒนาระบบยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้วยกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (six building block plus) โดยรูปแบบการดำเนินการสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่การแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายคือการมีชุมชนสุขภาพดี การมีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชาชนทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น และประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งเป็นการนำมติคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้การพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแก้ปัญหาในชุมชน อย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย (ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเอกสารแนบสนุน)
นิยามปฏิบัติการ	1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก และความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้อาในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์ 3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย 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 Health Sectors) และ (3) การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community, Non

	Health Sectors) เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชาชน รวมถึงการใช้ยาในสัตว์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย				
เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
อย่างน้อยร้อยละ 30 ของจังหวัดทั้งหมด (23 จังหวัด) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)	อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจังหวัดทั้งหมด (38 จังหวัด) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1– 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)	อย่างน้อยร้อยละ 70 ของจังหวัดทั้งหมด (54 จังหวัด) (ทุกเขตสุขภาพ)	อย่างน้อยร้อยละ 80 ของจังหวัดทั้งหมด (62 จังหวัด) (ทุกเขตสุขภาพ)	อย่างน้อยร้อยละ 85 ของจังหวัดทั้งหมด (66 จังหวัด) (ทุกเขตสุขภาพ)	
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับจังหวัดและอำเภอ หรือเขตในกรุงเทพมหานคร				
กลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เทียบเท่าในกรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ 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 และ โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร และ และโรงพยาบาลสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย				
รายการข้อมูล 1 RDU)	A = จำนวนจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2 RDU)	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส และคำนวณตามเกณฑ์เป้าหมาย เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ				

เกณฑ์การประเมินผล ปีงบประมาณ 2566:

เขตสุขภาพที่ 1-12

จังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์ประเมินอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างน้อยร้อยละ ๓๐ ของอำเภอทั้งหมด ทั้งนี้อาจพิจารณาให้ครอบคลุมทั้งเขตเมือง (เขตเทศบาล) และเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล)¹ ตามความเหมาะสม โดยมีผลการดำเนินการเป็นไปตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย่างน้อย 15 จังหวัด (ร้อยละ 19) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย*ใน -รพ.รัฐ สป.สธ. -รพสต. -ร้านชำ	อย่างน้อย 18 จังหวัด (ร้อยละ 23) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย*ใน -รพ.รัฐ สป.สธ. -รพสต. -ร้านชำ	อย่างน้อย 27 จังหวัด (ร้อยละ 27) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย*ใน -รพ.รัฐ สป.สธ. -รพสต. -ร้านชำ	อย่างน้อย 23 จังหวัด (ร้อยละ 30) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย*ใน -รพ.รัฐ สป.สธ. -รพสต. -ร้านชำ

*รายละเอียด ตัวชี้วัดการประเมินผลและระบบรายงานข้อมูล ตามคำอธิบายแนบท้าย

เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร)

สถานบริการสุขภาพของแต่ละสังกัด ได้แก่ กรมการแพทย์ โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย โดยสถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัด มีการพัฒนาและผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการส่งยาที่กำหนด ดังต่อไปนี้

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานบริการสุขภาพ แต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 45	สถานบริการสุขภาพ แต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 50	สถานบริการสุขภาพ แต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 55	สถานบริการสุขภาพ แต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 60

วิธีการประเมินผล	เขตสุขภาพที่ 1-12 โรงพยาบาล และสสจ. รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตามระบบรายงานที่กำหนด เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) 1.สถานบริการสุขภาพในสังกัดกรมการแพทย์และ กทม.รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบที่สำนักงานเขตสุขภาพที่ 13 กำหนด 2. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 13 ประมวลข้อมูล เพื่อจัดทำสรุปข้อมูลในภาพเขตกรุงเทพมหานคร และคืนกลับข้อมูลให้พื้นที่ ส่วนกลาง ประมวลข้อมูล เพื่อจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ และคืนกลับข้อมูลให้พื้นที่ ในลักษณะ dashboard
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กองบริหารการสาธารณสุข(http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/Manual_Service%20Plan%20RDU_Sept2016.pdf) 2. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำนักงานคณะกรรมการอาหาร

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

	และยา (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 (https://mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/?cat=18)) 5. แนวทางการดำเนินการของร้านยา ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขอใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 (https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/GPP-02-2561.aspx)) 6. แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/69) 7. มติสภามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศให้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (https://kbphpp.nationalhealth.or.th/handle/123456789/21521?locale-attribute=th)) 8.แนวคิดการพัฒนาจังหวัดให้ยาอย่างสมเหตุผล (https://drive.google.com/file/d/1FMsrZumQV0JrOUUg-pwBvynP3jeirv0h/view?usp=sharing))				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (RDU)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดให้ยาสมเหตุผล (RDU province)	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 72.37 ของจังหวัดทั้งหมด (55 จังหวัด) ข้อมูล ณ ไตรมาส 4
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก มี 3 หน่วยงาน ได้แก่ 1.กองบริหารการสาธารณสุข รับผิดชอบพัฒนาและการติดตาม RDU hospital และ RDU PCU รวมถึงส่งเสริมการดำเนินการตามแนวทาง RDU community ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รับผิดชอบการพัฒนาในโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน 3.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับผิดชอบการส่งเสริมการพัฒนา GPP ของร้านยา/การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ ร้านค้าออนไลน์/ การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ /นิเทศ ติดตามการดำเนินงาน /สรุปข้อมูลภาพรวมการพัฒนาจังหวัดให้ยาอย่างสมเหตุผล				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<u>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</u> ประเด็นแนวทางพัฒนาจังหวัดให้ยาอย่างสมเหตุผล/อำเภอให้ยาอย่างสมเหตุผล/ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ความปลอดภัยด้านยา 1.กฤษฎิ์ โทมาชา เกษียรชำนัญญกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : nuchy408@gmail.com กองนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				

	2. ภญ.นภากาศณ์ ภูริปัญญวานิช เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ :081-9529663 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : pharmui30@gmail.com กองนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3.ภญ.ชลธิชา สอนสุภาพ เกสัชกรชำนาญการ (เฉพาะตัวชี้วัดผลลัพธ์ เรื่องความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025907288 โทรสาร : 0-2591-8457 E-mail: adr@fda.moph.go.th กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ) <u>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u> ประเด็น RDU hospital/ RDU PCU/ RDU community /ระบบข้อมูลตัวชี้วัด ใน HDC ภญ.ปณิดา ชมวรรณ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 089-6133562, 062-6846565 โทรสาร : 02-5901634 E-mail: gyajjaa@gmail.com <u>กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ :</u> ประเด็น RDU ในสถานพยาบาลเอกชน 1. ทันตแพทย์หญิงณลิษา ตันตินิรามัย ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7016 โทรสาร : 02-1495631 2. ภญ.รังสิมา ไชยาสุ เกสัชกรชำนาญการ (โรงพยาบาลเอกชน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18406 โทรศัพท์มือถือ : 081-9900695 โทรสาร : 02-1495631 E-mail : yrangsima@gmail.com 3. นางสุภาพร วงษานุกิจย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (คลินิก เอกชน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18407 โทรศัพท์มือถือ : 091 709 1838 โทรสาร : 02-1495631 E-mail : w.s.noyza@gmail.com
หน่วยงานติดตาม ประมวลผลและจัดทำ ข้อมูล	● สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 1.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ) 2.กองนโยบายแห่งชาติด้านยา (งานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล) 3.กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น (กองคป.) ● สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลโรงพยาบาลและ รพสต.สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) กองบริหารการสาธารณสุข ● กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลสถานพยาบาลเอกชน) กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ● สำนักงานเขตสุขภาพที่ 13 (ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13)

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	3. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาล/จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	23. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
คำนิยาม	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด (bacteremia) ที่ติดเชื้อดื้อยา รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้ 1. <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin 2. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin 3. <i>Klebsiella pneumonia</i> ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin 4. <i>Staphylococcus aureus</i> ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA) 5. <i>Escherichia coli</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 6. <i>Salmonella spp.</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 7. <i>Enterococcus faecium</i> ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) 8. <i>Streptococcus pneumonia</i> ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) วิธีการคำนวณ $\frac{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด}}{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}} \times 100$

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 64	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 65	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 66	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 67	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 68 และอัตราการลดลงร้อยละ 10 เทียบกับ baseline ณ ปีปฏิทิน 65

วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1
รายการข้อมูล 1	A = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 64
รายการข้อมูล 2	B = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	B-A
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน) ใช้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 65 เทียบกับปีปฏิทิน 64 (ม.ค.-ธ.ค.64) ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 66 เทียบกับปีปฏิทิน 64 (ม.ค.-ธ.ค.64)

ปี 2566:

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (AMR)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของผู้ป่วย bacteremia ที่ติดเชื้อดื้อยา	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)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ญญ.ปณิดา ชมะวรรณ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 08 9613 3562 โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : gyaijaa@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข 2. นายเอกวัฒน์ อุณหเลขก นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 062 396 5546 โทรสาร : 0 2591 0343 E-mail : aekkawat.u@dmsc.mail.go.th กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ญญ.ปณิดา ชมะวรรณ เกสัชกรชำนาญการ 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	24. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมามีน้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66	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	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	
วัตถุประสงค์		เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์			
แหล่งข้อมูล		ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล		รายงานเป็นรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ		< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	
รอบ 12 เดือน					
< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ					
ปี 2567:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ		< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	
รอบ 12 เดือน					
< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ					
ปี 2568:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ		< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	
รอบ 12 เดือน					
< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ					
ปี 2569:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ		< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	
รอบ 12 เดือน					
< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ					

ปี 2570:				
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.
				2563 2564 2565
		7.00	1,000 ทารก เกิดมีชีพ	4.21 4.71 4.43
หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. พญ.จิรพรรณ อารยะพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038 931 000 โทรศัพท์มือถือ : 081 271 1072 โรงพยาบาลชลบุรี 2. นพ.อดิศักดิ์ ภัตตาตั้ง ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 09 1818 8585 3. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (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		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน		1. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์		

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	25. 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 เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim บันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 และส่งข้อมูลเข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า 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 ออ. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สบายของผู้ป่วย 5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 35) * 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 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)										
เกณฑ์เป้าหมาย :											
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning)										

	ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับ อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน		
แหล่งข้อมูล	Health data center https://hdcservice.moph.go.th รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ปี 2568:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :

1. การตรวจราชการ โดยที่มิเนตและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข 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/palliativecaredrug system2561_edited030562.pdf)
 4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016
ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf
 5. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558 ที่ <https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/011518-1453-9113.pdf>
 6. A Guide to Children's Palliative Care (Fourth Edition). International Children's Palliative Care Network and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), 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 ศูนย์การรณรงค์ และ กรมการแพทย์ 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) สำนักงานิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2563	2564
		-	ร้อยละ	25.6	50.53
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.ชลศณีย์ คล้ายทอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพทมือถือ : 08 1861 3078 E-mail: chonsanee@gmail.com โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต กรมการแพทย์ 2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพทที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพทมือถือ : 08 9422 3466 โทรสาร : 0 2245 7580 E-mail: noiduenpen@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพทที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th 2. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพทที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 4. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.ชลศณีย์ คล้ายทอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพทมือถือ : 081-861-3078 E-mail: chonsanee@gmail.com โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต กรมการแพทย์ 2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพทที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพทมือถือ : 089-4223466 โทรสาร : 0 2245 7580 E-mail: noiduenpen@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพทมือถือ : 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	26. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
คำนิยาม	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ 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 ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่าเกิดจากลมอโรคะมาวาตา และลมอุธังคะมาวาตา พัดระคนกัน (แพทยศาสตร์สงเคราะห์, 2542: 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 ถึง U61.19 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่ 1. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การฝังเข็ม 3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง, และยาสหสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (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 - อัมพาตเฉพาแชน: U61.13 - อัมพาตเฉพาขา: U61.14 - อัมพาตหน้า: U61.15 - อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18 - อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19 ควบคุมกับการให้หัตถการแผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ 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 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบาว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะตัน (Bowel stroke): U78.115
--	--

	- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะต้น (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117 ควบคู่กับการให้ผลการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 9991801 Electro-acupuncture therapy 9991810 Single-handed needle insertion 9021801 Subcutaneous electro-needling 9991811 Double-handed needle insertion 9031801 Muscle electro-needling				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	ร้อยละ 6	ร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก				
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 ที่ได้รับการบริการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U61.0 ถึง U61.19 และให้ผลการ (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัว มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U78.110 ถึง U78.117 และให้ผลการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

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

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 3.5	-	ร้อยละ 4

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 4.5	-	ร้อยละ 5

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 5.5	-	ร้อยละ 6

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 6.5	-	ร้อยละ 7

วิธีการประเมินผล :

1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เอกสารสนับสนุน :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองฯ (Intermediate Care) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ	คน	292,561	312,858	330,888
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ และมี การวินิจฉัยโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย I60 - I69 ตาม ด้วยรหัสโรค U78110 – U78117	คน	6,643	9,072	8,143
คิดเป็นร้อยละ		2.2	2.8	2.4
ที่มา HDC ณ วันที่ 26 สิงหาคม 2565				

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายจักรวาล เพ็ญคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5648 สถาบันการแพทย์แผนไทย 2. นางบุญใจ ลิมศิลา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : 0-2591-4409 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน 3. นางสาวไพโร พลอยทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 2702 โทรศัพท์มือถือ : 09-1780-2488 โทรสาร : - กองการแพทย์ทางเลือก 4. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน 5. นางศรีจรรยา โชติศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน) ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 08-7571-5566 E-mail : dr.dokdin@gmail.com ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 08-1713-6783 E-mail : boonjai@yahoo.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-1780-2488 E-mail : songsermexpress@gmail.com ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 08-1629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-9245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางอัจฉรา เชียงทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย 2. นางสุกัญญา ฉายาขวลิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย 3. นายตรีภพ เถลิ้มพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-4229-3245 E-mail : angleart3@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08-1931-7833 E-mail : sukanya2556@gmail.com แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08-1594-9655 E-mail : treepob.ch@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายตรีภพ เถลิ้มพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย 2. นางสาวผุสชา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน) แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08-1594-9655 E-mail : treepob.ch@gmail.com แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 06-4323-5939 E-mail : mande.dtam@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการเส้นสูตรที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน 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 - การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - 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 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I01 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I02 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I03 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I04 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I05 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 1I050 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 1I051 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน 1I052 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน 1I053 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน 1I058 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน 1I06 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการทาบหม้อเกลือที่บ้าน 1I060 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน 1I07 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1I070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน 1I071 การให้คำแนะนำ หึ่งหลังคลอด และการบริหารร่างกายด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 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 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist) 1I105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) 1I110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy) 1I111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet) 1I112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics) 1I113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น 1I180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)
--	---

	11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น 11182 การให้บริการกัวซา (Guasa) 11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกาย ด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี) 3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือ การบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน 1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78 2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 35	ร้อยละ 37	ร้อยละ 39	ร้อยละ 41	ร้อยละ 43
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)				
รายการข้อมูล 1 (A)	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือการส่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z				
รายการข้อมูล 2 (B)	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 ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 34		-	
-		ร้อยละ 35		-	
ปี 2567:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 36		-	
-		ร้อยละ 37		-	
ปี 2568:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 38		-	
-		ร้อยละ 39		-	
ปี 2569:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 40		-	
-		ร้อยละ 41		-	
ปี 2570:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		ร้อยละ 42		-	
-		ร้อยละ 43		-	
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	รพ.สต.	ร้อยละ	35.96	37.65	31.92 (ณ 16 ก.ค. 65)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายจักรวรรธ เผือกคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5648 สถาบันการแพทย์แผนไทย		ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 08-7571-5566 E-mail : dr.dokdin@gmail.com		
	2. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน		ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 08-1629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com		
	3. นางศรีจรรยา โชติภัก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน)		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-9245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com		

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางอัจฉรา เชียงทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-4229-3245 E-mail : angleart3@gmail.com สถาบันการแพทย์แผนไทย 2. นางภาณิศา รักความสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08-1689-6443 E-mail : paniesa06@gmail.com
---	---

สถาบันการแพทย์แผนไทย
3. นางสาวจิรนนท์ บรรทัด
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614
โทรสาร : 0-2590-2614

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 08-0778-7085
E-mail : jeeranan.ban1992@gmail.com

สถาบันการแพทย์แผนไทย

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	28. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต				
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 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
≥ร้อยละ 80		≥ร้อยละ 83	≥ร้อยละ 86	≥ร้อยละ 89	≥ร้อยละ 89
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง				
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	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีประมาณ 2566 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพจากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 83

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 45	ร้อยละ 65	ร้อยละ 86

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 89

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 89

วิธีการประเมินผล :

กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	ร้อยละ	72.84	83.54	86.73 (ณ 30 มิ.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 วงศ์อนันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 083-1287033 โทรสาร : 045-352513 E-mail : info@thaidepression.com 2. นายวีระพงศ์ ผาปรามค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 088-5994087 โทรสาร : 045-352513 E-mail : depression@hotmail.com ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
-------------------------------------	---

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	29. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 29.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 29.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือ เทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565-วันที่ 30 กันยายน 2566) ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันที 2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำการรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำเนินการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย 6)ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85	ร้อยละ 88	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน 2. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของมาตรการเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมายหลัก : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั่วประเทศ เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่วิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 ในช่วงเวลา 1 ปีงบประมาณ (วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตัวชี้วัดหลัก : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก 1) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข 2) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S 3) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยทีมสอบสวนของแต่ละจังหวัด โดยบูรณาการ 3 ฐาน และตรวจสอบความซ้ำซ้อนข้อมูล ตัวชี้วัดย่อย : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจาก 1) ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S และ 3) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV) โดยบูรณาการข้อมูลจาก 3 ฐาน มีการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล
แหล่งข้อมูล	เป้าหมายหลัก : 1) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข 2) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S 3) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยทีมสอบสวนของแต่ละจังหวัด เป้าหมายย่อย : 1) ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S 3) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2566 **หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 2 ใช้ประชากรปลายปี 2565 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2566
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในปีงบประมาณ – จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปีงบประมาณ 2566
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก : $(A/B) \times 100,000$ ตัวชี้วัดย่อย : $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดหลัก : ไตรมาส 4 ตัวชี้วัดย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
-	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
-	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 82

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
-	ร้อยละ 45	ร้อยละ 65	ร้อยละ 85

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 88

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน

เอกสารสนับสนุน :

- ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV) (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	7.37	7.38	อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	96.76	98.03	98.46 (ข้อมูล ณ 5 ตุลาคม 2565)

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	30. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis 3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2566 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป 4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป 5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วย

	ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	น้อยกว่าร้อยละ 26	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) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด x.1	(A+C) / D x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				

ปี 2566:

ปี 2567:

ปี 2568:

ปี 2569:

ປ 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 –13																	
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ 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>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>...</td><td>ร้อยละ</td><td>31.92</td><td>34.09</td><td>35.73</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	...	ร้อยละ	31.92	34.09	35.73
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2563	2564	2565														
...	ร้อยละ	31.92	34.09	35.73														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.พจน์ อินทลาภพร																	

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																												
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																												
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก																												
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ																												
ชื่อตัวชี้วัด	31. Refracture Rate																												
คำนิยาม	ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษากายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Femoral neck S72.0 2. Intertrochanter S72.1 3. Subtrochanter S72.2 กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส <table border="0"> <tr> <td>1. Compression spine</td> <td>S22.0 (T-spine)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S32.0 (LS-spine)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S32.7 (multiple LS with pelvis)</td> </tr> <tr> <td>2. Humerus</td> <td>S42.2 (proximal)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S42.3 (shaft)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S42.4 (distal)</td> </tr> <tr> <td>3. Distal radius</td> <td>S52.5 (without ulna)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S52.6 (with ulna)</td> </tr> <tr> <td>4. Distal femur</td> <td>S72.4</td> </tr> <tr> <td>5. Proximal tibia</td> <td>S82.1</td> </tr> <tr> <td>6. Distal tibia and ankle</td> <td>S82.3 (Plafond)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S82.5 (Medial malleolus)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S82.6 (lateral malleolus)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S82.8 (lower leg, other)</td> </tr> </table>	1. Compression spine	S22.0 (T-spine)		S32.0 (LS-spine)		S32.7 (multiple LS with pelvis)	2. Humerus	S42.2 (proximal)		S42.3 (shaft)		S42.4 (distal)	3. Distal radius	S52.5 (without ulna)		S52.6 (with ulna)	4. Distal femur	S72.4	5. Proximal tibia	S82.1	6. Distal tibia and ankle	S82.3 (Plafond)		S82.5 (Medial malleolus)		S82.6 (lateral malleolus)		S82.8 (lower leg, other)
1. Compression spine	S22.0 (T-spine)																												
	S32.0 (LS-spine)																												
	S32.7 (multiple LS with pelvis)																												
2. Humerus	S42.2 (proximal)																												
	S42.3 (shaft)																												
	S42.4 (distal)																												
3. Distal radius	S52.5 (without ulna)																												
	S52.6 (with ulna)																												
4. Distal femur	S72.4																												
5. Proximal tibia	S82.1																												
6. Distal tibia and ankle	S82.3 (Plafond)																												
	S82.5 (Medial malleolus)																												
	S82.6 (lateral malleolus)																												
	S82.8 (lower leg, other)																												

ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วยรหัส

1. open reduction with internal fixation femur 79.35

2. Close reduction with internal fixation femur 79.15

3. Total hip arthroplasty 81.51

4. Partial hip arthroplasty 81.52

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention

หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse) คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล หรือ ผู้ถูกจัดตั้งเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน

ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ

จำเป็นต้องมี ระดับ รพศ./รพท. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อหรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ระดับ รพช. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์

แนะนำให้มี ระดับ รพศ./รพท. - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ

จำเป็นต้องมี เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด

แนะนำให้มี ตัวแทนแผนกโภชนาการ

หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลไข่มุนั้น

สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิสัญญีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

	Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Refracture Prevention																																								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไป ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการจัดตั้งทีมแพทย์ 2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน																																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ 3.ฐานข้อมูลในรูปแบบ Application และเก็บข้อมูลเป็น National Registry																																								
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล/เขตสุขภาพเขตสุขภาพที่ 1 - 12																																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ																																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา 1 ปี																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																																								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																																								
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566: <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td></tr></table> ปี 2567: <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td></tr></table> ปี 2568: <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td></tr></table> ปี 2569: <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td></tr></table> ปี 2570: <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20																																						
วิธีการประเมินผล :	ติดตามและนิเทศผ่านการตรวจราชการ																																								
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการจัดตั้งทีมและการดำเนินโครงการ Refracture Prevention 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																																								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	...	ร้อยละ	1.29	0.48	0.86
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงชายนี เมธาธิลกุล				

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	32. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด 32.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 32.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 32.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 32.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด				
คำนิยาม 31.1	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) อัตราตายในผู้ป่วย STEMI 1. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน และมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 9		น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 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 32.1	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

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

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :

รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
13.39	ร้อยละ	10.68	10.60	9.05

หมายเหตุ : ข้อมูล Thai ACS Registry

คำนิยาม 31.2

ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)
การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง
 31.2.1. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ
 31.2.2. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษานผู้ป่วย 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 32.2.1	$(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 32.2.2	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
32.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
32.2.2	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2567:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
32.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
32.2.2	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2568:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
32.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
32.2.2	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2569:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
32.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
32.2.2	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2570:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
32.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
32.2.2	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

วิธีการประเมินผล :

รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data (3ปีย้อนหลัง)	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ยาละลายลิ้มเลือด : 49.10	ร้อยละ	49.02	47.76	50.34
Primary PCI : 46.95		49.50	48.84	49.12

หมายเหตุ : Thai ACS Registry

เอกสารสนับสนุน :

1. Thai ACS Registry (<http://www.ncvdt.org>)
2. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020
3. IBANEZ, Borja, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European heart journal, 2017, 39.2: 119-177.
4. คู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

1. ระบบ Thai ACS Registry โดยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
 2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 3. กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
- โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851
E-mail : supervision.dms@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. พญ.อรวรรณ อนุไพรวรรณ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 | โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395 |
| โทรสาร : 0 2591 9972 | E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com |
| สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ | |
| 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 | โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 |
| โทรสาร : 0 2591 8279 | E-mail: evaluation.dms@gmail.com |
| กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ | |

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	33. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง 33.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 33.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy 33.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 33.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy
คำนิยาม	1) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี 2) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น ● ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่งกล้อง (Colposcopy) ● ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื้อมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ $\geq$ ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล 3) การส่งกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่งกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด 4) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ 5) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ

6) การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น					
เกณฑ์เป้าหมาย :					
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. ประชากร อายุ 50-70 ปี เป็นรายจังหวัดได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ทั้งหมด 2. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C) 3. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP) 4. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี เป็นรายจังหวัด ทั้งหมด 5. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี เป็นรายจังหวัด ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F) 6. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL) *การบันทึกข้อมูล 1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx2020 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา 2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้				
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)				
รายการข้อมูล 1	$A_{(C)}$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $A_{(CP)}$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $A_{(F)}$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี เป็นรายจังหวัด ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง $A_{(CL)}$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy				

รายการข้อมูล 2	$B_{(C)}$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ทั้งหมด $B_{(CP)}$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ $B_{(F)}$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี เป็นรายจังหวัด ทั้งหมด $B_{(CL)}$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ผู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ 2. ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy = $(A_{(CP)} / B_{(CP)}) \times 100$ 3. ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง = $(A_{(F)} / B_{(F)}) \times 100$ 4. ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy = $(A_{(CL)} / B_{(CL)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

ปี 2566	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50

ปี 2567:

ปี 2567	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 55
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 55

ปี 2568:

ปี 2568	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60

ปี 2569:

ปี 2569	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 65
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 65

ปี 2570:

ปี 2570	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70

วิธีการประเมินผล :

1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ
2. ผ่านระบบ Thai Cancer Based (TCB)

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง
2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2563	2564	2565
	คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	ร้อยละ	69.99	53.95	50.31
	ได้รับการรักษา	-		73.01	-	-
	คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-		54.60	43.32	39.39
	ได้รับการรักษา	-		-	11.45	-
หมายเหตุ : จากฐานข้อมูล HDC 31 มีนาคม 2565						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สกันต์ บุณนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 08 0453 7036 2. นางสาวศุภีพร แสงกระจ่าง รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 08 9661 0451 โทรสาร : 0 2354 7036 E-mail : suleesa@yahoo.com สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6359 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6359 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์					

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	34. ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73 m ² /yr				
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายมาตรการรวมกัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139','I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110','N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR>= 15				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	• การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน • โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time				
แหล่งข้อมูล	HDC Health Data Center				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100 คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression (y = mx+b) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ.วันที่ตรวจ								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2566:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66						
ปี 2567:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66						
ปี 2568:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66						
ปี 2569:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66						
ปี 2570:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66						
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด								

เอกสารสนับสนุน :	1. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data ...	หน่วยวัด ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
			65.33	65.93	66.37
			หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : 08 1646 9469 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์		ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ E-mail: wpichaiw@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นายไพบูลย์ ไวกย โทรศัพท์มือถือ : 08 1853 4057 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา		หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : 08 1646 9469 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์		ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ E-mail: wpichaiw@hotmail.com		
	2. นายปวิช อภิบาลกุลณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com		

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักขุวิทยา				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	35. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน				
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด 2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020 Thailand				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	
ปี 2567:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	
ปี 2568:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผ่านระบบ Vision 2020 Thailand													
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการใช้งาน Vision 2020 Thailand 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data (3ปีย้อนหลัง)</th><th rowspan="2">หน่วย วัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>84.67</td><td>ร้อยละ</td><td>83.30</td><td>86.23</td><td>85.68</td></tr></table> หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ	Baseline data (3ปีย้อนหลัง)	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	84.67	ร้อยละ	83.30	86.23	85.68
Baseline data (3ปีย้อนหลัง)	หน่วย วัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
84.67	ร้อยละ	83.30	86.23	85.68										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์													

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	36. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)
คำนิยาม	บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง จากร่างผู้บริจาคอวัยวะ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2566 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2565 เป็นตัวหาร)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2565 ของแต่ละเขตสุขภาพ	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
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) ปีงบประมาณ 2566
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2565
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ * คำนวณแยกรายเขตสุขภาพ โดยใช้ปี 2565 ในการเทียบเพิ่มขึ้นร้อยละ 20
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2565	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2565	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2565

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2566

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2567	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2567	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2567

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2568	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2568	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2568

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2569	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2569	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2569

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566 เป้าหมายแยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7
ผล 65	0.07	0.28	0.46	0.37	0.30	0.07	0.25
เกณฑ์ 66	≥ 0.08	≥ 0.34	≥ 0.55	≥ 0.44	≥ 0.36	≥ 0.08	≥ 0.30

เขตสุขภาพ	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
ผล 66	0.29	0.28	0.23	0.09	0.02	0.23
เกณฑ์ 66	≥ 0.35	≥ 0.34	≥ 0.28	≥ 0.11	≥ 0.02	≥ 0.28

ที่มา : A = ข้อมูลสภากาชาดไทย ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

B = ข้อมูลจากการตรวจนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณพ.ศ. 2565 และข้อมูลจากสำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์

วิธีการประเมินผล :	ติดตามและนิเทศผ่านการตรวจราชการ				
เอกสารสนับสนุน :	1. ข้อมูลรายงานศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	...	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาค อวัยวะสมองตายที่ได้รับการ ผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.18 : 100	0.20 : 100	0.23 : 100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.กรทิพย์ ผลโลก นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2206 2900 ต่อ 50139 โทรศัพท์มือถือ : 09 5409 1619 โทรสาร : 0 2354 8188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์				

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	37. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)				
คำนิยาม	*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข *การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
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)	68 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู				
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, เปลี่ยนแปลงการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

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

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
62	62	62	62

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
64	64	64	64

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
66	66	66	66

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :

สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย 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.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย3ปี 53.20)	43.53	57.94	58.19

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์อังกูร ภัทรการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน :

โทรสาร :

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
- ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

โทรศัพท์มือถือ : 086-331-6106

E-mail :
2. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

ตำแหน่ง : นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-140-3884 โทรสาร : E-mail : สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต 3. นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-613052 โทรศัพท์มือถือ : 093-265-4696 โทรสาร : E-mail : โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ 4. นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-162-4199 โทรสาร : E-mail : โรงพยาบาลลำปาง 5. ดร.ปรีชวิทย์ พรหมจักร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 088-269-2316 โทรสาร : E-mail : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	- สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข - กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - กรมการแพทย์ - กรมสุขภาพจิต
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายณัฐชัย อัมพร ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902422 โทรศัพท์มือถือ : 086-395-6653 โทรสาร : 02-5901863 E-mail : tootent2235@gmail.com สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข 2. นางณัฐจิรา รังสินธุ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 089-927-9829 โทรสาร : 02-5901740 E-mail : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. นางระเบียบ โตแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 โทรศัพท์มือถือ : 092-897-9299 โทรสาร : E-mail : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 4. นายปวิช อภิบาลกุล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906350 โทรศัพท์มือถือ : 098-546-3564 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการการบริหารป็นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	38. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารป็นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
คำนิยาม	การบริหารป็นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารป็นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) *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 รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ <u>หมายเหตุ</u> 1. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา 2. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ 3. ควรใช้ Barthel ADL index รายงานผลเพิ่มเติม เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ

	คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย											
	BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20											
	IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง											
	IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา											
	Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อก่อนนี้ I60 - I64											
	TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD10 ต่อก่อนนี้ S061 - S069											
	SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อก่อนนี้ S14.0 - S14.1, S24.0 - S24.1, S34.0 - S34.1, S34.3											
	-	Fragility hip fracture	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (Fragility hip fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อก่อนนี้ 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	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้											
	S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้											
	M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้											
	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 :														
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70										
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80										
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fragility hip fracture ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน 5. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด 2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (Fragility hip fracture)													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์													

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง											
หมายเหตุ	คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด 1. การเข้ารับบริการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และเยี่ยมบ้าน หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง 2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ กันยายน 2565 - ตุลาคม 2566 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล 4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100											
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส											
เกณฑ์การประเมิน :												
ปี 2566:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75									
ปี 2567:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80									
ปี 2568:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80									
ปี 2569:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80									
ปี 2570:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80									
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											

	3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562						
	4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562						
	5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) พ.ศ. 2562						
	6. คู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (3ปีย้อนหลัง)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2563	2564	2565		
			76.89	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
			68.68	79.41	82.57		
ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข							
*หมายเหตุ: ข้อมูลจากผลตรวจราชการ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565 ณ วันที่ 22 กันยายน 2565							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ศุภศิลาธิ์ จำปานาค		นายแพทย์เชี่ยวชาญ				
	โทรศัพท์มือถือ : 08 6702 4649		E-mail : sjampanak@gmail.com				
	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข						
	2. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร		นายแพทย์เชี่ยวชาญ				
	โทรศัพท์มือถือ : 08 1923 0536		E-mail : Peed.pr@gmail.com				
	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข						
	3. พญ.วิชณี ธงทอง		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ				
	โทรศัพท์มือถือ : 08 6529 4597		E-mail : vichyrehab@gmail.com				
	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์						
	4. พญ.ดวงจิตร์ สมิตินราเศรษฐ์		นายแพทย์ชำนาญการ				
โทรศัพท์มือถือ : 08 9412 9609		E-mail : tumpotharam@gmail.com					
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์							
5. นางสาวมณีนรัตน์ ห้วนองหาร		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					
โทรศัพท์มือถือ : 08 7677 6919		E-mail : aom.maneerut@gmail.com					
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์							
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์						
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59		โทรสาร : 02 965 9851				
	E-mail : supervision.dms@gmail.com						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์						
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59		โทรสาร : 0 2965 9851				
	E-mail : supervision.dms@gmail.com						
	2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350		โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564				
	โทรสาร : 0 2591 8279		E-mail: evaluation.dms@gmail.com				
	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์						

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	16. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	39. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery		
คำนิยาม	การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้		

		49.49 Other procedures on hemorrhoids
4	ภาวะเลือดออกผิดปกติจากมดลูก (abnormal uterine bleeding)	ICD -10 2010 : – ICD –9- CM 2010 : 68.16 Closed biopsy of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
5	หลอดเลือดดำในหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารโป่งพอง (Esophageal varices, Gastric varices)	ICD -10 2010 : I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere ICD –9- CM 2010 : 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach 44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6	ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)	ICD -10 2010 : – ICD –9- CM 2010 : 42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
7	โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)	ICD -10 2010 : C15 Malignant neoplasm of oesophagus C16 Malignant neoplasm of stomach ICD –9- CM 2010 : 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8	ติ่งเนื้อออกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)	ICD -10 2010 : D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp K63.5 Polyp of colon ICD –9- CM 2010 : 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
9	นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)	ICD -10 2010 : K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis ICD –9- CM 2010 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract

	10	นิ่วในท่อน้ำดีอ่อน (Pancreatic duct stone)	ICD -10 2010 : K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus ICD -9- CM 2010 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct
	11	ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)	ICD -10 2010 : C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25 Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of without bile duct calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture ICD -9- CM 2010 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
	12	ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Pancreatic duct stricture)	ICD -10 2010 : C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture ICD -9- CM 2010 : 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
	13	สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)	ICD -10 2010 : T18.1 Foreign body in oesophagus T18.2 Foreign body in stomach ICD -9- CM 2010 : 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision 98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision
	14	การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision with graft)	ICD -10 2010 : H11.0 Pterygium ICD -9- CM 2010 : 11.31 Transposition of pterygium 11.32 Excision of pterygium with corneal graft 11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva

	15	การทำหมันหญิง (Female sterilization)	ICD -10 2010 : Z30.2 Sterilization ICD -9- CM 2010 : 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
	16	การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)	ICD -10 2010 : S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot ICD -9- CM 2010 : 78.1 Application of external fixator device
	17	ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)	ICD -10 2010 : K60.3 Anal fistula ICD -9- CM 2010 : 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy

	18	ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)	ICD -10 2010 : K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischiorectal abscess K61.4 Intraspincteric abscess ICD -9- CM 2010 : 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue
	19	ฝีเต้านม (Breast abscess)	ICD -10 2010 : N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth ICD -9- CM 2010 : 85.0 Mastotomy
	20	นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)	ICD -10 2010 : N21.0 Calculus in bladder ICD -9- CM 2010 : 57.0 Transurethral clearance of bladder
	21	นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)	ICD -10 2010 : N20.1 Calculus of ureter ICD -9- CM 2010 : 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
	22	นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)	ICD -10 2010 : N21.1 Calculus in urethra ICD -9- CM 2010 : 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy
	23	ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)	ICD -10 2010 : N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified ICD -9- CM 2010 : 58.5 Release of urethral stricture
	24	แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบทวาร (Anal fissure)	ICD -10 2010 : K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified ICD -9- CM 2010 : 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy
	25	ความผิดปกติของอวัยวะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)	ICD -10 2010 : C61 Malignant neoplasm of prostate D29.2 Benign neoplasm of Testis N40 Hyperplasia of prostate N44 Torsion of testis N45.0 Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis with abscess N45.9 Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis without abscess N50.0 Other disorders of Atrophy of testis N50.1 Other disorders of Vascular disorders of male genital organs N50.8 Other specified disorders of male genital organs

		N50.9 Disorder of male genital organs, unspecified Q53.1 Undescended testicle, unilateral Q53.2 Undescended testicle, bilateral Q55.2 Other congenital malformations of testis and scrotum ICD -9- CM 2010 : 62.3 Unilateral orchiectomy 62.41 Removal of both testes at same operative episode Bilateral orchidectomy NOS 62.42 Removal of remaining testis Removal of solitary testis
	26	การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก และการผ่าตัด (Hysteroscopy) เพื่อรักษาความผิดปกติ ของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ICD -10 2010 : D07.0 Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs : Endometrium D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus D26 Other benign neoplasms of uterus D26.0 Cervix uteri D26.1 Corpus uteri D26.7 Other parts of uterus D26.9 Uterus, unspecified D39.0 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of female genital organs : Uterus N71.0 Acute inflammatory disease of uterus N80.0 Endometriosis of uterus N80.1 Endometriosis of ovary N80.9 Endometriosis, unspecified N84 Polyp of female genital tract N84.0 Polyp of corpus uteri N84.1 Polyp of cervix uteri N84.2 Polyp of vagina N84.3 Polyp of vulva N84.8 Polyp of other parts of female genital tract N84.9 Polyp of female genital tract, unspecified N85 Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix N85.0 Endometrial glandular hyperplasia N85.1 Endometrial adenomatous hyperplasia N85.2 Hypertrophy of uterus N85.3 Subinvolution of uterus N85.4 Malposition of uterus N85.5 Inversion of uterus N85.6 Intrauterine synechiae N85.7 Haematometra N85.8 Other specified noninflammatory disorders of uterus N85.9 Noninflammatory disorder of uterus, unspecified N91 Absent, scanty and rare menstruation N92 Excessive, frequent and irregular menstruation N93 Other abnormal uterine and vaginal bleeding N94 Pain and other conditions associated with female genital organs and menstrual cycle N95 Menopausal and other perimenopausal disorders N96 Habitual aborter N97 Female infertility N98 Noninflammatory disorders of female genital tract ICD -9- CM 2010 : 68.12 Hysteroscopy

	27	การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)	ICD -10 2010 : C43.6 Malignant melanoma of upper limb, including shoulder E10.5 Insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E10.7 Insulin-dependent diabetes mellitus with multiple complications E11.5 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications E11.7 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with multiple complications E13.5 Other specified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications E13.7 Other specified diabetes mellitus with multiple complications E14.5 Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications E14.7 Unspecified diabetes mellitus with multiple complications M86.44 Chronic osteomyelitis with draining sinus: Hand, carpus, fingers, metacarpus, joints between these bones M72.6 Necrotizing fasciitis R02 Gangrene, not elsewhere classified S61.1 Open wound of finger(s) with damage to nail S62.61 Fracture of another finger: Open S62.71 Multiple fractures of fingers: Open S62.81 Fracture of other and unspecified parts of wrist and hand: Open S68.0 Traumatic amputation of thumb (complete) (partial) S68.1 Traumatic amputation of other single finger (complete) (partial) S68.2 Traumatic amputation of two or more fingers alone (complete) (partial) T23.3 Burn of third degree of wrist and hand T79.3 Post-traumatic wound infection, not elsewhere classified T84.6 Infection and inflammatory reaction due to internal fixation device [any site] ICD -9- CM 2010 : 84.01 Amputation and disarticulation of finger
	28	การผ่าตัดก้อนโรคที่เต้านม (Wide Excision Breast mass)	ICD -10 2010 : C50 Malignant neoplasm of breast C50.0 Nipple and areola C50.1 Central portion of breast C50.2 Upper-inner quadrant of breast C50.3 Lower-inner quadrant of breast C50.4 Upper-outer quadrant of breast C50.5 Lower-outer quadrant of breast C50.6 Axillary tail of breast C50.8 Overlapping lesion of breast C50.9 Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified

			D48.6 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of other and unspecified sites ICD -9- CM 2010 : 85.21 Local excision of lesion of breast
	29	ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Simple Mastectomy)	ICD -10 2010 : C50 Malignant neoplasm of breast C50.0 Nipple and areola C50.1 Central portion of breast C50.2 Upper-inner quadrant of breast C50.3 Lower-inner quadrant of breast C50.4 Upper-outer quadrant of breast C50.5 Lower-outer quadrant of breast C50.6 Axillary tail of breast C50.8 Overlapping lesion of breast C50.9 Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified D24 Benign neoplasm of breast N60.1 Diffuse cystic mastopathy N60.3 Fibrosclerosis of breast N62 Hypertrophy of breast Q83.1 Accessory breast ICD -9- CM 2010 : 85.41 Unilateral simple mastectomy
	30	การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast Conservative Surgery)	ICD -10 2010 : C50 Malignant neoplasm of breast C50.0 Nipple and areola C50.1 Central portion of breast C50.2 Upper-inner quadrant of breast C50.3 Lower-inner quadrant of breast C50.4 Upper-outer quadrant of breast C50.5 Lower-outer quadrant of breast C50.6 Axillary tail of breast C50.8 Overlapping lesion of breast C50.9 Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified ICD -9- CM 2010 : 85.22 Resection of quadrant of breast 85.23 Subtotal mastectomy
	31	ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)	ICD -10 2010 : Q38.1 Ankyloglossia ICD -9- CM 2010 : 25.91 Lingual frenotomy 25.92 Lingual frenectomy 27.91 Labial frenectomy
	32	การตัดนิ้วเท้าในแผลเบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (Diabetic	ICD -10 2010 : <u>กลุ่มที่ 1</u> Pdx :

		foot With gangrene)	E10.4 Insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ E11.4 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ E12.4 Malnutrition-related diabetes mellitus with neurological complications หรือ E13.4 Other specified diabetes mellitus with neurological complications หรือ E14.4 Unspecified diabetes mellitus with neurological complications และ Sdx : I79.2* Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere กลุ่มที่ 2 Pdx : E10.5 Insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E11.5 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E12.5 Malnutrition-related diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E13.5 Other specified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E14.5 Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ I74.3 Embolism and thrombosis of arteries of lower extremities กลุ่มที่ 3 Pdx : L02.4 Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of limb หรือ L03.0 Cellulitis of finger and toe หรือ L03.1 Cellulitis of other parts of limb และ Sdx : E10.9 Insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E11.9 Non-insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E12.9 Malnutrition-related diabetes mellitus Without complications หรือ E13.9 Other specified diabetes mellitus Without complications หรือ E14.9 Unspecified diabetes mellitus Without complications ICD -9- CM 2010 : 84.11 Amputation of toe	
	33	การปลูกถ่ายผิวหนังใน Granulation Wound	ICD -10 2010 : M79.8 Other specified soft tissue disorders ICD -9- CM 2010 : 86.60 Free skin graft, not otherwise specified 86.66 Homograft to skin 86.69 Other skin graft to other sites	
	34	การทำผ่าตัดเส้นเลือดขอด (Varicose vein)	ICD -10 2010 : I83.0 Varicose veins of lower extremities with ulcer I83.1 Varicose veins of lower extremities with inflammation I83.2 Varicose veins of lower extremities with both ulcer and inflammation	

		I83.9 Varicose veins of lower extremities without ulcer or inflammation ICD -9- CM 2010 : 38.59 Ligation and stripping of varicose veins LOWER LIMB 38.89 Other surgical occlusion of vessels
35	การขลิบผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Phimosis, Paraphimosis)	ICD -10 2010 : N47 Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis ICD -9- CM 2010 : 64.0 Circumcision
36	การผ่าตัดนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy)	ICD -10 2010 : N13.0 Hydronephrosis with ureteropelvic junction obstruction N13.1 Hydronephrosis with ureteral stricture, not elsewhere classified N13.2 Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction N13.3 Other and unspecified hydronephrosis N13.4 Hydroureter N13.5 Kinking and stricture of ureter without hydronephrosis N13.6 Pyonephrosis N13.7 Vesicoureteral-reflux-associated uropathy N13.8 Other obstructive and reflux uropathy N13.9 Obstructive and reflux uropathy, unspecified ICD -9- CM 2010 : 55.03 Percutaneous nephrostomy without fragmentation 55.04 Percutaneous nephrostomy with fragmentation
37	การผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)	ICD -10 2010 : I86.1 Scrotal varices ICD -9- CM 2010 : 63.1 Excision of varicocele and hydrocele of spermatic cord
38	การผ่าตัดปะแก้วหูเพื่อรักษาหูชั้นกลาง (Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media)	ICD -10 2010 : H65.2 Chronic serous otitis media H65.3 Chronic mucoid otitis media H65.4 Other chronic nonsuppurative otitis media H66.9 Otitis media, unspecified H72.0 Central perforation of tympanic membrane H72.1 Attic perforation of tympanic membrane H72.2 Other marginal perforations of tympanic membrane H72.8 Other perforations of tympanic membrane H72.9 Perforation of tympanic membrane, unspecified H73.8 Other specified disorders of tympanic membrane H73.9 Disorder of tympanic membrane, unspecified H74.1 Adhesive middle ear disease ICD -9- CM 2010 : 19.4 Myringoplasty Tympanoplasty (type I) 19.52 Type II tympanoplasty 19.53 Type III tympanoplasty 19.54 Type IV tympanoplasty 19.55 Type V tympanoplasty 19.6 Revision of tympanoplasty
39	การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx)	ICD -10 2010 : D14 Benign neoplasm of middle ear and respiratory system D14.1 Larynx D14.2 Trachea

		hypopharynx base of tongue)	D37 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of oral cavity and digestive organs D37.0 Lip, oral cavity, and pharynx D38 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of middle ear and respiratory and intrathoracic organs D38.0 Larynx D38.1 Trachea, bronchus, and lung J38.1 Polyp of vocal cord and larynx J38.6 Stenosis of larynx J38.7 Other diseases of larynx J39.2 Other diseases of pharynx Q31.8 Other congenital malformations of larynx Q31.9 Congenital malformation of larynx, unspecified Q34.8 Other specified congenital malformations of respiratory system ICD -9- CM 2010 : 30.09 Other excision or destruction of lesion or tissue of larynx 31.42 Laryngoscopy and other tracheoscopy 31.92 Lysis of adhesions of trachea or larynx
	40	การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)	ICD -10 2010 : J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates' ICD -9- CM 2010 : 21.87 Other rhinoplasty
	41	การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin's gland) (ถุงน้ำบาร์โธลิน หรือถุงหนองต่อมบาร์โธลิน)	ICD -10 2010 : N75.0 Cyst of Bartholin's gland N75.1 Abscess of Bartholin's gland ICD -9- CM 2010 : 71.21 Percutaneous aspiration of Bartholin's gland (cyst) 71.22 Incision of Bartholin's gland (cyst) 71.23 Marsupialization of Bartholin's gland (cyst) 71.24 Excision or other destruction of Bartholin's gland (cyst) 71.29 Other operations on Bartholin's gland
	42	การตัดตึงเนื้อหรือเนื้องอกในโพรงมดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri) (เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกในโพรงมดลูก และตึงเนื้อเยื่อโพรงมดลูก)	ICD -10 2010 : D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.1 Intramural leiomyoma of uterus D25.2 Subserosa leiomyoma of uterus D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified N84.0 Polyp of corpus uteri ICD -9- CM 2010 : 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
	43	การส่องกล้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)	ICD -10 2010 : R63.3 Feeding difficulties and mismanagement ,Feeding problem NOS (เป็นโรคร่วม) ICD -9- CM 2010 : 43.11 Percutaneous endoscopic gastrostomy
	44	การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับอ่อนนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided	ICD -10 2010 : C25.9 Malignant neoplasm of pancreas K86.9 Disease of pancreas, unspecified (Mass of pancreas) ICD -9- CM 2010 : 52.11 closed biopsy of pancreas

		fine needle biopsy) pancreas]	
45	การส่องกล้องใช้เข็ม เจาะดูดชิ้นเนื้อ บริเวณตับนำทางด้วย กล้องคลื่นเสียง ความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) liver]	ICD -10 2010 : C22.0 Liver cell carcinoma C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma C22.2 Hepatoblastoma C22.7 Other specified carcinomas of liver C22.9 Liver, unspecified C78.7 Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct D13.4 benign neoplasm of liver ICD -9- CM 2010 : 50.11 closed biopsy of liver	
46	การฉีดสารฟิลเลอร์ที่ เส้นเสียง (Injection laryngoplasty)	ICD -10 2010 : J38.0 Paralysis of vocal cords and larynx J38.3 Other diseases of vocal cords ICD -9- CM 2010 : 31.0 Injection of larynx	
47	การผ่าตัดส่องกล้อง เพื่อรักษาพยาธิสภาพ ที่กล่องเสียง (Endoscopic laryngeal surgery)	ICD -10 2010 : D14.1 Larynx D14.2 Trachea D14.3 Bronchus and lung J38.1 Polyp of vocal cord and larynx J38.2 Nodules of vocal cords J38.3 Other diseases of vocal cords J38.6 Stenosis of larynx J38.7 Other diseases of larynx J95.5 Postprocedural subglottic stenosis J95.8 Other postprocedural respiratory disorders J95.9 Postprocedural respiratory disorder, unspecified ICD -9- CM 2010 : 30.09 Other excision or destruction of lesion or tissue of larynx 31.92 Lysis of adhesions of trachea or larynx 31.93 Replacement of laryngeal or tracheal stent 31.98 Other operations on larynx 31.43 Closed [endoscopic] biopsy of larynx 31.44 Closed [endoscopic] biopsy of trachea	
48	การผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)	ICD -10 2010 : H65.4 Other chronic nonsuppurative otitis media H66.9 Otitis media, unspecified H72.0 Central perforation of tympanic membrane H72.2 Other marginal perforations of tympanic membrane H72.8 Other perforations of tympanic membrane H72.9 Perforation of tympanic membrane, unspecified H73.8 Other specified disorders of tympanic membrane H73.9 Disorder of tympanic membrane, unspecified ICD -9- CM 2010 : 19.4 Myringoplasty Tympanoplasty (type I) 19.52 Type II tympanoplasty 19.6 Revision of tympanoplasty	
49	การวางสายเพื่อการ ล้างไตในช่องท้อง (Tenckhoff catheter)	ICD -10 2010 : N18.5 Chronic kidney disease, stage 5 ICD -9- CM 2010 : 54.93 Creation of cutaneoperitoneal fistula	

	50	การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกลุ่มความเสี่ยงสูง	ICD -10 2010 : R19.5 Other faecal abnormalities ICD -9- CM 2010 : 45.23 Colonoscopy
	51	การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision procedure)	ICD -10 2010 : N87.1 Moderate cervical dysplasia N87.2 Severe cervical dysplasia, notelsewhere classified N87.9 Dysplasia of cervix uteri,unspecified D06.1 Carcinoma in situ of Exocervix D06.7 Carcinoma in situ of Other parts of cervix D06.9 Carcinoma in situ of Cervix, unspecified ICD -9- CM 2010 : 67.2 Conization of cervix
	52	การผ่าตัดโรคจอตาและวุ้นตา (Vitreoretinal surgery)	ICD -10 2010 : H31.3 Choroidal haemorrhage and rupture H31.4 Choroidal detachment H33.0 Retinal detachment with retinal break H33.2 Serous retinal detachment H33.3 Retinal breaks without detachment H33.4 Traction detachment of retina H35.1 Retinopathy of prematurity H35.2 Other proliferative retinopathy H35.3 Degeneration of macula and posterior pole H36.02 Proliferative diabetic retinopathy H43.0 Vitreous prolapse H43.1 Vitreous haemorrhage H43.2 Crystalline deposits in vitreous body H43.3 Other vitreous opacities H43.8 Other disorders of vitreous body H44.0 Purulent endophthalmitis H44.1 Other endophthalmitis H44.2 Degenerative myopia H44.4 Hypotony of eye H44.6 Retained (old) intraocular foreign body, magnetic H44.7 Retained (old) intraocular foreign body, nonmagnetic H45.0 Vitreous haemorrhage in diseases classified elsewhere H45.1 Endophthalmitis in diseases classified elsewhere H27.1 Dislocation of lens Y77.2 Ophthalmic prosthetic and implants associated with adverse incidents ICD -9- CM 2010 : 13.42 Mechanical phacofragmentation and aspiration of cataract by posterior route 13.64 Discission of secondary membrane [after cataract] 13.65 Excision of secondary membrane [after cataract] 13.72 Secondary insertion of intraocular lens prosthesis 13.8 Removal of implanted lens 14.00 Removal of foreign body from posterior segment of eye, not otherwise specified 14.01 Removal of foreign body from posterior segment of eye with use of magnet 14.02 Removal of foreign body from posterior segment of eye without use of magnet 14.11 Diagnostic aspiration of vitreous + 14.74 Other mechanical vitrectomy

		14.19 Other diagnostic procedures on retina, choroids, vitreous, and posterior chamber + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.21 Destruction of chorioretinal lesion by diathermy 14.22 Destruction of chorioretinal lesion by cryotherapy 14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation (ต้องมี ICD10 เป็น H35.1) 14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.25 Destruction of chorioretinal lesion by photocoagulation of unspecified type + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.26 Destruction of chorioretinal lesion by radiation therapy 14.27 Destruction of chorioretinal lesion by implantation of radiation source 14.29 Other destruction of chorioretinal lesion 14.31 Repair of retina tear by diathermy 14.32 Repair of retina tear by cryotherapy 14.34 Repair of retina tear by laser photocoagulation + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.35 Repair of retina tear by photocoagulation of unspecified type + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.39 Other repair of retinal tear + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.41 Scleral buckling with implant 14.49 Other scleral buckling 14.51 Repair of retinal detachment with diathermy 14.52 Repair of retinal detachment with cryotherapy 14.54 Repair of retinal detachment with laser photocoagulation 14.55 Repair of retinal detachment with photocoagulation of unspecified type 14.6 Removal of surgically implanted material from posterior segment of eye 14.72 Other removal of vitreous 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.75 Injection of vitreous substitute + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.79 Other operations on vitreous (กรณีฉีดยา Anti AVGF เข้ารู้นตา ต้องมี 99.25 หรือ 99.28 ร่วมกับ 14.74 Other mechanical vitrectomy) 14.9 Other operations on retina, choroids, and posterior chamber	
	53	การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปใต้เยื่อぶตา (Trabeculectomy) ICD -10 2010 : H40.1 Primary open-angle glaucoma H40.2 Primary angle-closure glaucoma H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders H40.6 Glaucoma secondary to drugs H40.8 Other glaucoma H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-†, E72.0†) H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73†) ICD -9- CM 2010 : 12.64 Trabeculectomy ab externo	

	54	การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปได้เยื่อบุตา (Tube shunt surgery)	ICD -10 2010 : H40.1 Primary open-angle glaucoma H40.2 Primary angle-closure glaucoma H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders H40.6 Glaucoma secondary to drugs H40.8 Other glaucoma H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-†, E72.0†) H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73†) ICD -9- CM 2010 : 12.69 Other fistulizing procedure (ถ้า ICD9CM 2015 ใช้ 12.67 Insertion of aqueous drainage device)
	55	การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)	ICD -10 2010 : H05.1 Chronic inflammatory disorders of orbit IOI (idiopathic orbital inflammation) H44.1 Other endophthalmitis Non-infectious H44.5 Degenerated conditions of globe C69.0 Malignant neoplasm of choroid C69.4 Malignant neoplasm of ciliary body C69.6 Malignant neoplasm of orbit C69.9 Malignant neoplasm of eye, unspecified D31.5 Benign neoplasm of orbit, unspecified ICD -9- CM 2010 : 16.22 Diagnostic aspiration of orbit 16.23 Biopsy of eyeball and orbit 16.31 Removal of ocular contents with synchronous implant into scleral shell 16.39 Other evisceration of eyeball 16.41 Enucleation of eyeball with synchronous implant into Tenon's capsule with attachment of muscles 16.42 Enucleation of eyeball with other synchronous implant 16.49 Other enucleation of eyeball 16.92 Excision of lesion of orbit
	56	การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery) (เพื่อการรักษาเท่านั้น)	ICD -10 2010 : H02.0 Entropion and trichiasis of eyelid H02.1 Ectropion of eyelid H02.4 Ptosis of eyelid H02.5 Other disorders affecting eyelid function C43.1 Malignant melanoma of eyelid, including canthus C44.1 Other malignant neoplasms of skin of eyelid, including canthus C69.8 Malignant neoplasm of overlapping lesion of eye and adnexa D03.1 Melanoma in situ of eyelid, including canthus D04.1 Carcinoma in situ of skin of eyelid, including canthus D21.0 Benign neoplasm of connective and other soft tissue of head, face and neck ICD -9- CM 2010 : 08.23 Excision of major lesion of eyelid, partial-thickness + 08.6 Reconstruction of eyelid with flaps or grafts หรือ + 08.7 Other reconstruction of eyelid

			08.24 Excision of major lesion of eyelid, full-thickness + 08.6 Reconstruction of eyelid with flaps or grafts หรือ + 08.7 Other reconstruction of eyelid 08.3 Repair of blepharoptosis and lid retraction 08.42 Repair of entropion or ectropion by suture technique epiblepharon correction 08.43 Repair of entropion or ectropion with wedge resection 08.44 Repair of entropion or ectropion with lid reconstruction Hughes procedure 08.49 Other repair of entropion or ectropion 08.61 Reconstruction of eyelid with skin flap or graft 08.62 Reconstruction of eyelid with mucous membrane flap or graft 08.63 Reconstruction of eyelid with hair follicle graft 08.64 Reconstruction of eyelid with tarsoconjunctival flapTransfer of tarsoconjunctival flap from opposing lid 08.69 Other reconstruction of eyelid with flaps or grafts 08.70 Reconstruction of eyelid, not otherwise specified 08.71 Reconstruction of eyelid involving lid margin, partial-thickness 08.72 Other reconstruction of eyelid, partial-thickness 08.73 Reconstruction of eyelid involving lid margin, full-thickness correction-lid-coloboma 08.74 Other reconstruction of eyelid, full-thickness 08.81 Linear repair of laceration of eyelid or eyebrow 08.82 Repair of laceration involving lid margin, partial-thickness 08.83 Other repair of laceration of eyelid, partial-thickness 08.84 Repair of laceration involving lid margin, full-thickness 08.85 Other repair of laceration of eyelid, full-thickness	
	57	การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)	ICD -10 2010 : H04.0 Dacryoadenitis H04.4 Chronic inflammation of lacrimal passages H04.5 Stenosis and insufficiency of lacrimal passages NLDO H04.6 Other changes in lacrimal passages Lacrimal fistula Q10.5 Congenital stenosis and stricture of lacrimal duct S01.1 Open wound of eyelid and periocular area with or without involvement of lacrimal passages C69.5 Malignant neoplasm of lacrimal gland and duct D31.5 Benign neoplasm of lacrimal gland and duct ICD -9- CM 2010 : 09.11 Biopsy of lacrimal gland 09.12 Biopsy of lacrimal sac 09.43 Probing of nasolacrimal duct 09.44 Intubation of nasolacrimal duct 09.6 Excision of lacrimal sac and passage fistulectomy sac 09.73 Repair of canaliculus 09.81 Dacryocystorhinostomy [DCR] 09.82 Conjunctivocystorhinostomy 09.83 Conjunctivorhinostomy with insertion of tube or stent	
	58	การผ่าตัดแก้มหนังตาห้อย (Rhytidectomy/ Blepharoplasty)	ICD -10 2010 : H02.3 Blepharochalasis / Dermatochalasis ICD -9- CM 2010 : 08.87 Upper eyelid rhytidectomy 08.70 Reconstruction of eyelid, NOS Eyebrow lift	

		(เฉพาะกรณีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพื่อการรักษาเท่านั้น)	
59	การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)	ICD -10 2010 : H18.6 Keratoconus H18.7 Other corneal deformities H19.8* Other disorders of sclera and cornea in diseases classified Elsewhere (Q90.-+) ICD -9- CM 2010 : 11.99 Other	
60	การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอาร์บอดี (Cyclophotocoagulation)	ICD -10 2010 : H40.1 Primary open-angle glaucoma H40.2 Primary angle-closure glaucoma H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders H40.6 Glaucoma secondary to drugs H40.8 Other glaucoma H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-+, E72.0+) H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73+) ICD -9- CM 2010 : 12.73 Cyclophotocoagulation	
61	ผ่าตัดทำลายเยื่อぶตา และผ่าตัดตัดแต่งเยื่อぶตา (Excision or destruction of lesion or tissue of conjunctiva)	ICD -10 2010 : H10.1 Acute atopic conjunctivitis H10.4 Chronic conjunctivitis H11.1 Conjunctival degenerations and deposits H11.2 Conjunctival scars H11.4 Other conjunctival vascular disorders and cysts H11.8 Other specified disorders of conjunctiva H11.9 Disorder of conjunctiva, unspecified H13.0* Filarial infection of conjunctiva (B74.-+) H13.1* Conjunctivitis in infectious and parasitic diseases classified Elsewhere H13.2* Conjunctivitis in other diseases classified elsewhere H13.3* Ocular pemphigoid (L12.-+) H13.8* Other disorders of conjunctiva in diseases classified Elsewhere H15.0 Scleritis H15.1 Episcleritis H15.8 Other disorders of sclera H15.9 Disorder of sclera, unspecified H16.0 Corneal ulcer H16.2 Keratoconjunctivitis H17.0 Adherent leukoma H17.1 Other central corneal opacity H17.8 Other corneal scars and opacities H17.9 Corneal scar and opacity, unspecified H18.1 Bullous keratopathy H18.2 Other corneal oedema H18.4 Corneal degeneration H18.5 Hereditary corneal dystrophies H19.3* Keratitis and keratoconjunctivitis in other diseases classified elsewhere (M35.0+) ICD -9- CM 2010 :	

		10.31 Excision of lesion or tissue of conjunctiva 10.32 Destruction of lesion of conjunctiva 10.33 Other destructive procedures on conjunctiva 10.41 Repair of symblepharon with free graft 10.42 Reconstruction of conjunctival cul-de-sac with free graft 10.43 Other reconstruction of conjunctival cul-de-sac 10.44 Other free graft to conjunctiva 10.49 Other conjunctivoplasty	
62	โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/Cholecystitis)	ICD -10 2010 : K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified ICD -9- CM 2010 : DRGs. 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC	
63	การผ่าตัดต่อน้ำเหลือง เซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy : SLNB)	ICD -10 2010 : C50 Malignant neoplasm of breast C50.0 Nipple and areola C50.1 Central portion of breast C50.2 Upper-inner quadrant of breast C50.3 Lower-inner quadrant of breast C50.4 Upper-outer quadrant of breast C50.5 Lower-outer quadrant of breast C50.6 Axillary tail of breast C50.8 Overlapping lesion of breast C50.9 Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified ICD -9- CM 2010 : 40.23 Excision of axillary lymph node 40.3 Regional lymph node excision Extended regional lymph node excision Regional lymph node excision with excision of lymphatic drainage area including skin, subcutaneous tissue, and fat 40.51 Radical excision of axillary lymph nodes	
64	การผ่าตัดต่อน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection: ALND2)	ICD -10 2010 : C50 Malignant neoplasm of breast C50.0 Nipple and areola C50.1 Central portion of breast C50.2 Upper-inner quadrant of breast C50.3 Lower-inner quadrant of breast C50.4 Upper-outer quadrant of breast	

		C50.5 Lower-outer quadrant of breast C50.6 Axillary tail of breast C50.8 Overlapping lesion of breast C50.9 Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified ICD -9- CM 2010 : 40.23 Excision of axillary lymph node 40.3 Regional lymph node excision Extended regional lymph node excision Regional lymph node excision with excision of lymphatic drainage area including skin, subcutaneous tissue, and fat 40.51 Radical excision of axillary lymph nodes
65	การตรวจวินิจฉัยช่องท้องโดยการส่องกล้อง ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ และหรือการเก็บน้ำในช่องท้องส่งตรวจ (Diagnostic laparoscopy with peritoneal lavage for cytology and /or with biopsy)	ICD10 – ICD -9- CM 2010 : 54.24 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of intra-abdominal mass 54.25 Peritoneal lavage Diagnostic peritoneal lavage

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 ของ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 ของ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 ของ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 ของ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 ของ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS
วัตถุประสงค์	1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry			
แหล่งข้อมูล	ระบบ One Day Surgery Registry			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ *หมายเหตุ การคำนวณต่างจากปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น Hernia เป็นหัตถการที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ			

	$\frac{A = \text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับการบริการผ่าตัด One Day Surgery}}{B = \text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับการบริการผ่าตัดทั้งหมด}} \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25	
				รอบ 12 เดือน	
				มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	
ปี 2567:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	
				รอบ 12 เดือน	
				มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	
ปี 2568:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	
				รอบ 12 เดือน	
				มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	
ปี 2569:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	
				รอบ 12 เดือน	
				มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	
ปี 2570:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	
				รอบ 12 เดือน	
				มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) 3. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	-	ร้อยละ	93.25 (เดิม)	22.49 (ใหม่)	71.86
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283 โทรสาร : 0 2591 8264 กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์		ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 E-mail: kityimpan@gmail.com		
	2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000		นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 1967 4148		

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)														
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	16.โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	40. ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่างๆในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)														
คำนิยาม	การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า 1 แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวิดีโอที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการหัตถการแบบทำยารักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th><th>บริการ</th><th>รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)</th><th>กลุ่มDRGs version 5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/Cholecystitis)</td><td> ICD-10 K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified ICD-9 - </td><td> 07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC 07092 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w mild to mod CC 07094 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w sev to cat CC 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC 07102 Laparoscopic cholecystectomy, w mild to mod CC 07103 Laparoscopic cholecystectomy, w severe CC 07104 Laparoscopic cholecystectomy, w catas CC </td></tr> <tr> <td>2</td><td>โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกและรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)</td><td> ICD-10 D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.1 Intramural leiomyoma of uterus D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified D26.0 Cervix uteri D26.1 Corpus uteri D26.7 Other parts of uterus </td><td>13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC</td></tr> </tbody> </table>			ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่มDRGs version 5	1	โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/Cholecystitis)	ICD-10 K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified ICD-9 -	07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC 07092 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w mild to mod CC 07094 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w sev to cat CC 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC 07102 Laparoscopic cholecystectomy, w mild to mod CC 07103 Laparoscopic cholecystectomy, w severe CC 07104 Laparoscopic cholecystectomy, w catas CC	2	โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกและรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)	ICD-10 D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.1 Intramural leiomyoma of uterus D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified D26.0 Cervix uteri D26.1 Corpus uteri D26.7 Other parts of uterus	13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC
ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่มDRGs version 5												
1	โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/Cholecystitis)	ICD-10 K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified ICD-9 -	07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC 07092 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w mild to mod CC 07094 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w sev to cat CC 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC 07102 Laparoscopic cholecystectomy, w mild to mod CC 07103 Laparoscopic cholecystectomy, w severe CC 07104 Laparoscopic cholecystectomy, w catas CC												
2	โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกและรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)	ICD-10 D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.1 Intramural leiomyoma of uterus D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified D26.0 Cervix uteri D26.1 Corpus uteri D26.7 Other parts of uterus	13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC												

			D26.9 Uterus, unspecified D27 Benign neoplasm of ovary N80.0 Endometriosis of uterus N80.1 Endometriosis of ovary N80.2 Endometriosis of fallopian tube N83.0 Follicular cyst of ovary N83.1 Corpus luteum cyst N83.2 Other and unspecified ovarian cysts N83.3 Acquired atrophy of ovary and fallopian tube N83.4 Prolapse and hernia of ovary and fallopian tube N83.5 Torsion of ovary, ovarian pedicle and fallopian tube N83.6 Haematosalpinx N83.7 Haematoma of broad ligament N83.8 Other noninflammatory disorders of ovary, fallopian tube and broad ligament N83.9 Noninflammatory disorder of ovary, fallopian tube and broad ligament, unspecified ICD-9 -		
	3	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer)	ICD-10 C180 Malignant neoplasm of colon, caecum C181 Malignant neoplasm of colon, appendix C182 Malignant neoplasm of colon, ascending colon C183 Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure C184 Malignant neoplasm of colon, transverse colon C185 Malignant neoplasm of colon, splenic flexure C186 Malignant neoplasm of colon, descending colon C187 Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon C188 Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon C189 Malignant neoplasm of colon, unspecified C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction	06030 Major small & large bowel procedure, no CC	

			C20 Malignant neoplasm of rectum ICD-9 17.35 Laparoscopic left hemicolectomy 17.36 Laparoscopic sigmoidectomy 17.33 Laparoscopic right hemicolectomy		
	4	ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก (Tumor, Hemothorax and Emphysema thoracis)	ICD-10 C34 Malignant neoplasm of bronchus and lung C34.0 Main bronchus C34.1 Upper lobe, bronchus or lung C34.2 Middle lobe, bronchus or lung C34.3 Lower lobe, bronchus or lung C34.8 Overlapping lesion of bronchus and lung C34.9 Bronchus or lung, unspecified D38 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of middle ear and respiratory and intrathoracic organs D38.1 Trachea, bronchus and lung D38.2 Pleura D38.3 Mediastinum J85.0 Gangrene and necrosis of lung J85.1 Abscess of lung with pneumonia J85.2 Abscess of lung without pneumonia J86.0 Pyothorax with fistula J86.9 Pyothorax without fistula J94.2 Haemothorax S27.1 Traumatic haemothorax S27.2 Traumatic haemopneumothorax S27.3 Other injuries of lung ICD-9 32.30 Thoracoscopic segmental resection of lung 32.41 Thoracoscopic lobectomy of lung 32.50 Thoracoscopic pneumonectomy of lung 34.06 Thoracoscopic drainage of pleural cavity	04010 Major chest procedures, no CC	

			34.52 Thoracoscopic decortication of lung	
	5	ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาด และการบาดเจ็บของ หมอนรองกระดูก (ACL & Meniscal injury)	ICD-10 M23.2 Derangement of meniscus due to old tear or injury M23.5 Chronic instability of knee M23.9 Internal derangement of knee, unspecified S83.27 torn medial meniscus S83.28 torn lateral meniscus S83.51 Sprain of anterior cruciate ligament of knee M23.3 Other meniscus derangements M24.4 Recurrent dislocation and subluxation of joint S83.1 Dislocation of knee S83.7 Injury to multiple structures of knee (Injury to (lateral) (medial) meniscus in combination with (collateral) (cruciate) ligaments) ICD-9 80.26 Arthroscopy, knee ร่วมกับ รหัสต่อไปนี้ 80.6 Excision of semilunar cartilage of knee หรือ 80.76 Synovectomy, knee หรือ 81.45 Other repair of the cruciate ligaments หรือ 81.47 Other repair of knee หรือ 81.42 Five-in-one repair of knee หรือ 81.43 Triad knee repair	08120 Knee procedures except replacement, no CC
	6	การบิดของรังไข่หรือเนื้องอกที่รังไข่ โรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ที่รังไข่ (Benign neoplasm of ovary, torsion of ovary , endometriosis of ovary)	ICD-10 D27 Benign neoplasm of ovary N80.1 Endometriosis of ovary N83.5 Torsion of ovary, ovarian pedicle and fallopian tube ICD-9 65.01 Laparoscopic oophorotomy 65.24 Laparoscopic wedge resection of ovary 65.25 other laparoscopiclocal excision or destruction of ovary 65.31 Laparoscopic unilateral oophorectomy	13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC

			65.41 Laparoscopic unilateral salpingo-oophorectomy 65.76 Laparoscopic salpingo-oophoroplasty	
	7	โรคไส้เลื่อนขาหนีบที่เป็นสองข้าง และโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่กลับเป็นซ้ำ (Bilateral inguinal hernia, recurrence inguinal hernia)	ICD-10 K40.2 Bilateral inguinal hernia, without obstruction or gangrene Bilateral inguinal hernia NOS ICD-9 17.11 Laparoscopic repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 17.12 Laparoscopic repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 17.13 Laparoscopic repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified 17.21 Laparoscopic bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 17.22 Laparoscopic bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 17.23 Laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 17.24 Laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified	06100 Inguinal & femoral hernia procedure age > 14, no CC
	8	ภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity)	ICD-10 E66.8 Other obesity Morbid obesity ICD-9 44.68 Laparoscopic gastroplasty 44.95 Laparoscopic gastric restrictive procedure 44.96 Laparoscopic revision of gastric restrictive procedure 44.97 Laparoscopic removal of gastric restrictive device(s)	10059 OR procedures for obesity, w or wo CC
	9	การผ่าตัดไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Nephrectomy)	ICD-10 C64 Malignant neoplasm of kidney, except renal pelvis C65 Malignant neoplasm of renal pelvis C66 Malignant neoplasm of ureter	11030 Kidney, ureter and maj bladder proc for neop, no CC

			C79.0 Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis D30.0 Benign neoplasm of Kidney D30.1 Benign neoplasm of renal pelvis D41.0 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of kidney D41.1 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of renal pelvis ICD-9 55.51 Nephroureterectomy 55.52 Nephrectomy of remaining kidney 55.53 Removal of transplanted or rejected kidney 55.54 Bilateral nephrectomy		
	10	การส่องกล้องระบาย น้ำดีสู่ระบบทางเดิน อาหารด้วยกล้องส่อง อัลตราซาวด์ (Endoscopic ultrasound guided biliary drainage)	ICD-10 C22.0 Malignant neoplasm of liver cell carcinoma C22.1 Malignant neoplasm of bile duct carcinoma C22.2 Malignant neoplasm of hepatoblastoma C22.3 Malignant neoplasm of angiosarcoma of liver C22.4 Malignant neoplasm other sarcomas of liver C22.7 Malignant neoplasm Other specified carcinomas of liver C22.9 Malignant neoplasm of Liver, unspecified C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24.0 Malignant neoplasm of Extrahepatic bile duct C24.1 Malignant neoplasm of Ampulla of Vater C24.8 Malignant neoplasm Overlapping lesion of biliary tract C24.9 Malignant neoplasm of Biliary tract, unspecified C25.0 Malignant neoplasm of Head of pancreas C25.3 Malignant neoplasm of Pancreatic duct C25.4 Malignant neoplasm of Endocrine pancreas	07030 Biliary tract procedures, no CC	

			C25.7 Malignant neoplasm of Other parts of pancreas C25.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of pancreas C25.9 Malignant neoplasm of Pancreas, unspecified C78.7 Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct D37.6 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of Liver, gallbladder and bile ducts ICD-9 51.34 Anastomosis of gallbladder to stomach 51.36 Choledchoenterostomy 51.37 Anastomosis of hepatic duct to gastrointestinal tract 51.39 Other bile duct anastomosis		
	11	การผ่าตัดผ่านกล้องการวินิจฉัยและตัดชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งทางนรีเวช (Laparoscopic diagnosis and biopsy in CA ovary, CA peritoneum)	ICD-10 C53.0 Malignant neoplasm of Endocervix C53.1 Malignant neoplasm of Exocervix C53.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of cervix uteri C53.9 Malignant neoplasm of Cervix uteri, unspecified C54.0 Malignant neoplasm of Isthmus uteri C54.1 Malignant neoplasm of Endometrium C54.2 Malignant neoplasm of Myometrium C54.3 Malignant neoplasm of Fundus uteri C54.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of corpus uteri C54.9 Malignant neoplasm of Corpus uteri, unspecified C55 Malignant neoplasm of uterus, part unspecified C57.7 Malignant neoplasm of Other specified female genital organs C57.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of female genital organs	13020 Uterine & adnexal proc for other malignancy, no CC	

		C57.9 Malignant neoplasm of Female genital organ, unspecified C58 Malignant neoplasm of placenta C76.3 Malignant neoplasm of Pelvis ICD-9 65.11 Aspiration biopsy of ovary 65.12 Other biopsy of ovary 65.19 Other diagnostic procedures on ovaries 65.21 Marsupialization of ovarian cyst 65.22 Wedge resection of ovary 65.29 Other local excision or destruction of ovary 66.11 Biopsy of fallopian tube 66.19 Other diagnostic procedures on fallopian tubes	
	12	การผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัสด้วยกล้องเอ็นโดสโคป(Endoscopic sinus surgery using microdebrider) ICD-10 J01.0 Acute maxillary sinusitis J01.1 Acute frontal sinusitis J01.2 Acute ethmoidal sinusitis J01.3 Acute sphenoidal sinusitis J01.4 Acute pansinusitis J01.8 Other acute sinusitis J01.9 Acute sinusitis, unspecified J32.0 Chronic maxillary sinusitis J32.1 Chronic frontal sinusitis J32.2 Chronic ethmoidal sinusitis J32.3 Chronic sphenoidal sinusitis J32.4 Chronic pansinusitis J32.8 Other chronic sinusitis J32.9 Chronic sinusitis, unspecified J33.0 Polyp of nasal cavity J33.1 Polypoid sinus degeneration J33.8 Other polyp of sinus J33.9 Nasal polyp, unspecified J34.1 Cyst and mucocele of nose and nasal sinus J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates	03050 Minor nose & sinus procedures, no CC 03160 sinus procedures, no CC

		Q30.0 Congenital malformations of Choanal atresia ICD-9 22.41 Frontal sinusotomy 22.42 Frontal sinusectomy 22.50 Sinusotomy, not otherwise specified 22.51 Ethmoidotomy 22.52 Sphenoidotomy 22.53 Incision of multiple nasal sinuses 22.60 Sinusectomy, not otherwise specified 22.62 Excision of lesion of maxillary sinus with other approach 22.63 Ethmoidectomy 22.64 Sphenoidectomy 21.30 Excision or destruction of lesion of nose, not otherwise specified 21.31 Local excision or destruction of intranasal lesion 21.32 Local excision or destruction of other lesion of nose 21.5 Submucous resection of nasal septum 21.69 Other turbinectomy	
13	การผ่าตัดต่อมหมวกไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Adrenalectomy)	ICD-10 E24.0 Pituitary-dependent Cushing's disease E24.1 Nelson's syndrome E24.2 Drug-induced Cushing's syndrome E24.3 Ectopic ACTH syndrome E24.4 Alcohol-induced pseudo-Cushing's syndrome E24.8 Other Cushing's syndrome E24.9 Cushing's syndrome, unspecified E26.0 Primary hyperaldosteronism Conn's syndrome C74.1 Malignant neoplasm of Medulla of adrenal gland ICD-9 07.3 Bilateral adrenalectomy 07.22 Unilateral adrenalectomy	10020 Adrenal procedures wo sig CCC
14	การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องทางหน้าท้อง	ICD-10	06290 Laparoscopic appendectomy wo sig CCC

		(Laparoscopic Appendectomy) (เฉพาะในผู้ป่วย BMI.> 35 และ Uncertain Dx. In Female)	K35.2 Acute appendicitis with generalized peritonitis K35.3 Acute appendicitis with localized peritonitis K35.8 Acute appendicitis, other and unspecified ICD-9 47.01 Laparoscopic appendectomy											
	15	การผ่าตัดลำไส้ตรงผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic low anterior resection) หรือ ผ่าตัดลำไส้ตรงและทวารหนักออกผ่านกล้องทางหน้าท้อง [Laparoscopic abdomino-perineal resection (APR)] สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ (Colorectal CA)	ICD-10 C18.0 Malignant neoplasm of colon, caecum C18.1 Malignant neoplasm of colon, appendix C18.2 Malignant neoplasm of colon, ascending colon C18.3 Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure C18.4 Malignant neoplasm of colon, transverse colon C18.5 Malignant neoplasm of colon, splenic flexure C18.6 Malignant neoplasm of colon, descending colon C18.7 Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon C18.8 Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon C18.9 Malignant neoplasm of colon, unspecified C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction C20 Malignant neoplasm of rectum ICD-9 48.51 Laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum	06040 Rectal resection, no CC										
โดยการ Re-admit ภายใน 1 เดือน มีสาเหตุที่เกี่ยวกับการผ่าตัด MIS เช่น delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI														
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td></tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70										
น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5										
วัตถุประสงค์	เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดแผลเล็กที่มาตรฐาน และปลอดภัย													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคต่างๆในโครงการ MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด หมายเหตุ:ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS จากกรมการแพทย์													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry													

แหล่งข้อมูล	ระบบ Minimally Invasive Surgery Registry				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่มีการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	
ปี 2567:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2568:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	
ปี 2569:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	
ปี 2570:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) 3. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	-	ร้อยละ	-	0.04	0.18
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283 โทรสาร : 0 2591 8264 กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์		ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 E-mail: kityimpan@gmail.com		
	2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000		นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 1967 4148		

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	17. โครงการกัญชาทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	41. ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 41.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ 41.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ 41.3 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 41.3.1 หน่วยงานตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ 41.3.2 หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต)
	1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย 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. ยา กัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา 6. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5) 7. งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการด้วยกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการเผยแพร่หรือการนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการหรือตีพิมพ์ในวารสาร โดยเป็นผลงานจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นผลงานที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่นับสะสมในแต่ละปี 8. การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนาให้เป็นระบบโดยกำหนดกิจกรรม อาทิเช่น การศึกษาดูงาน, เวทีเสวนา, การจัดอบรม, หรืองานประจำฐานวิจัย (R2R)

เกณฑ์เป้าหมาย					
รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法的	ร้อยละ 5	ร้อยละ 7	ร้อยละ 10	ร้อยละ 12	ร้อยละ 15
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法的	เพิ่มขึ้นร้อยละ 50	เพิ่มขึ้นร้อยละ 60	เพิ่มขึ้นร้อยละ 70	เพิ่มขึ้นร้อยละ 80	เพิ่มขึ้นร้อยละ 90
จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑息療法的ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง และเขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๑ ครั้ง ละ 2 เรื่อง และเขตสุขภาพละ 2 ครั้ง	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง และเขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๑ ครั้ง ละ 2 เรื่อง และเขตสุขภาพละ 2 ครั้ง	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง และเขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๑ ครั้ง ละ 2 เรื่อง และเขตสุขภาพละ 2 ครั้ง	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง และเขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๑ ครั้ง ละ 2 เรื่อง และเขตสุขภาพละ 2 ครั้ง	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง และเขตสุขภาพ ละ 2 เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๑ ครั้ง ละ 2 เรื่อง และเขตสุขภาพละ 2 ครั้ง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิก姑息療法的 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการคลินิก姑息療法的 3. เพื่อส่งเสริมศักยภาพการทำงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑息療法的				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิก姑息療法的				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. รวบรวมจากการส่งข้อมูลผ่านสถาบัน姑息療法的				
แหล่งข้อมูล	1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. สถาบัน姑息療法的				
รายการข้อมูล 1	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法的 A1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法的 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法的 A2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法的 ปีงบประมาณ 2566 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑息療法的ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				

	C = จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ และหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต)		
รายการข้อมูล 2	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ B1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ B2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	41.1 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ = (A1/B1) x 100 41.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ = (A2-B2/B2) x 100 41.1.1 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ = C1 41.1.2 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต) = C2		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2566			
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มีการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 3	1. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 30	1.1 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5 1.2 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50
2. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์มีโครงการงานวิจัยและแผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	2. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์มีแผนการดำเนินงานวิจัยและจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	2. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์มีการดำเนินงานวิจัยและจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	2. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์งานวิจัยอย่างน้อย 2 เรื่อง

3. เขตสุขภาพมีโครงร่างงานวิจัยและแผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	3. เขตสุขภาพมีแผนการดำเนินงานวิจัยและจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	3. เขตสุขภาพมีการดำเนินงานวิจัยและจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	และมีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อยกรรมฯ ละ 2 ครั้ง 3. เขตสุขภาพมีผลงานวิจัย อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 เรื่อง และมีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 ครั้ง
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากสถาบันกัญชาทางการแพทย์ 3. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข		
เอกสารสนับสนุน :	1. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 2564 2565 - - -
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์กิตติ โล่สุวรรณรักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 081-876-9905 โทรสาร : - E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมุติ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2590-1755 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. เกสัชกรหญิงกนกพร ชนะคำ เกสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 065-351-4429 E-mail : kan699@yahoo.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. ดร.เกสัชกรหญิง ผกากรอง ขวัญข้าว เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 087-247-6333 E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 5. แพทย์หญิงปัจฉิมา หลอมประโคน โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 089-423-0222 E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
9. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : -	โทรศัพท์มือถือ : 090-197-9302
โทรสาร : -	E-mail : Phufa02@gmail.com
กรมสุขภาพจิต	
10. นางวีณา บุญแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8589	โทรศัพท์มือถือ : 081-956-5013
โทรสาร : -	E-mail : weenanok@gmail.com
กรมสุขภาพจิต	
11.นางสาวกมลวรรณ จันทโรชิต	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : -	โทรศัพท์มือถือ : 081-9901614
โทรสาร : -	E-mail : kamonwan_dear@hotmail.com
กรมสุขภาพจิต	

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	42. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)				
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Disaster) แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมี เป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน “การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน “ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 12		น้อยกว่าร้อยละ12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ12	น้อยกว่าร้อยละ 12
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ 2. ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง 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 :											
ปี 2566:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12								
ปี 2567:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12								
ปี 2568:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12								
ปี 2569:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12								
ปี 2570:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12								
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.		
			2563	2564	2565
			...	ร้อยละ	11.12
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์				

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	7.การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	43. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน				
คำนิยาม	ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่ได้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 26.5	ร้อยละ 28	ร้อยละ 30	ร้อยละ 32	ร้อยละ 34
วัตถุประสงค์	1.เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2.เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมดของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS นำเข้าสู่ระบบ health KPI				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
ร้อยละ 26.5		ร้อยละ 27		ร้อยละ 27.5	
รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 28			
ปี 2567:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
28.5		29		29.5	
รอบ 12 เดือน		30			
ปี 2568:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
30.5		31		31.5	
รอบ 12 เดือน		32			
ปี 2569:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
32.5		33		33.5	
รอบ 12 เดือน		34			
ปี 2570:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
34.5		35		35.5	
รอบ 12 เดือน		36			
วิธีการประเมินผล :					
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน 92,580 / ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งหมดที่ ER= 354,516	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตที่มาโดย EMS	ครั้ง	91,851	87,948	92,580
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการ ที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	373,487	338,487	354,516
	ร้อยละ	ร้อยละ	24.59	25.98	26.11
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสุนันทา ทองพัฒน์ ผู้จัดการกลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600 โทรศัพท์มือถือ : 0924421669 โทรสาร : 028721603 E-mail : sunanta.t@niems.go.th				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	2. นางสาวทักษิณา วงศ์ใหญ่ พนักงานปฏิบัติการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600 โทรศัพท์มือถือ : 0859371669 โทรสาร : 028721603 E-mail : taksina.w@niems.go.th				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	44. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง นับจาก ICD10 S 06.0 – 06.9 ที่ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ (not followed verbal command: motor score M1-M5 จาก Glasgow coma score) โดยดูอัตราการเสียชีวิต จาก discharge status ค่าเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 25				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 23	น้อยกว่าร้อยละ 23	น้อยกว่าร้อยละ 20	
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการให้บริการด้านประสาทศัลยศาสตร์ โดยดูจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) เพื่อแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ที่อัตราการเสียชีวิตสูงและนำข้อดี ของโรงพยาบาลที่อัตราการเสียชีวิตต่ำมาเผยแพร่ เป้าหมายหลักคือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางสมองให้ลดลง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (A & S)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากส่วนกลาง ดูจากฐานข้อมูล Health data center (HDC)				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล injury surveillance				
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S 06.0- S06.9) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS และเสียชีวิต				
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S 06.0- S06.9) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		น้อยกว่าร้อยละ 25		น้อยกว่าร้อยละ 25	
ปี 2567:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		น้อยกว่าร้อยละ 25		น้อยกว่าร้อยละ 25	
ปี 2568:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		น้อยกว่าร้อยละ 23		น้อยกว่าร้อยละ 23	
ปี 2569:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		น้อยกว่าร้อยละ 23		น้อยกว่าร้อยละ 23	

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	1. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	45. ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชนุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใด ๆ จากแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บ และจำเป็นต้องได้รับการรักษา ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจนที่พระบรมวงศ์ทรงศานวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ของจังหวัด หมายถึง กลไกการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชนุเคราะห์ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การสนับสนุน ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรักษา บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยมีการดำเนินการ 5 ระดับ ดังนี้ <u>ระดับที่ 1</u> มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชนุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด <u>ระดับที่ 2</u> คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ <u>ระดับที่ 3</u> ขยายการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ <u>ระดับที่ 4</u> คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง <u>ระดับที่ 5</u> มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชนุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม

		การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา โดยผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกำกับ ควบคุมดูแลโดยสำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย :						
ตัวชี้วัด		ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ		≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์		1) เพื่อติดตามการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ 2) เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		1) ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วยตามนัด หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม				
แหล่งข้อมูล		1) โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนผู้ป่วยฯ ที่ได้รับการรักษา และมีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม				
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ = (A / B) *100				
ระยะเวลาประเมินผล		12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :						
ปี 2566:						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน
-		-		-		≥ ร้อยละ 60
ปี 2567:						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน
-		-		-		≥ ร้อยละ 70

ปี 2568:						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				≥ ร้อยละ 80		
ปี 2569:						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				≥ ร้อยละ 90		
ปี 2570:						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
				≥ ร้อยละ 100		
วิธีการประเมินผล :		1) รวบรวม และวิเคราะห์ผลจากการรายงานข้อมูลการรักษาติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) สำนักโครงการพระราชดำริฯ ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย สุ่มลงตรวจเยี่ยมการดำเนินงานของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด 3) มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ (ถ้ามี)				
เอกสารสนับสนุน :		คู่มือแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
					2563	2564
					2565	
		ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ		ร้อยละ	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ 1. นางสาวพิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย ผู้อำนวยการสำนักโครงการพระราชดำริฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1064 โทรศัพท์มือถือ : 081 879 9977 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : pimradasiri1773@gmail.com สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ 2. นางนภาพัณญ์ จันใด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 081 953 1963 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : ninkumhange@hotmail.com สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด นางสาวเนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 087 743 2643 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : netchanok@moph.mail.go.th สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		1. นางนภาพัณญ์ จันใด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 081 953 1963 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : ninkumhange@hotmail.com สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ				

	2. นางสาวอังคณา วงศ์กา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 095 873 7456 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : aungkana1406@gmail.com สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางสาวพิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย ผู้อำนวยการสำนักโครงการพระราชดำริฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1064 โทรศัพท์มือถือ : 081 879 9977 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : pimradasiri1773@gmail.com สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	46. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด
คำนิยาม	สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง สถานที่ประกอบกิจการที่ดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพรวมกับการท่องเที่ยวที่มีแรงจูงใจหรือจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งที่มีบัญญัติไว้ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือที่ยังไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะ โดยมีขอบเขตที่ตั้งที่ชัดเจน มีการดำเนินงานโดยผู้ประกอบการที่เป็นบุคคล หรือนิติบุคคลในกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์ บริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ยกเว้น การประกอบกิจการโดยสถาบันศาสนา และการจัดบริการส่งตรงถึงผู้บริโภค (Direct to Customer, DTC) ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง กระบวนการส่งเสริม พัฒนา ให้สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเข้าสู่ระบบหรือได้รับการรับรองมาตรฐานบริการ หรือแนวทางปฏิบัติของการให้บริการที่บัญญัติไว้โดยคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ หรือคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพที่ตรงตามความต้องการ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สมประโยชน์ รวมทั้งสนับสนุนให้ระบบนิเวศธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันของประเทศ ส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีและได้รับความเชื่อมั่นจากนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ สถานพยาบาลศักยภาพสูง หมายถึง สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล รวมทั้งการประกอบกิจการที่เข้าข่ายทางการแพทย์ที่อยู่ในระหว่างการขออนุญาตเป็นสถานพยาบาล ที่มีกระบวนการจัดการบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ผสมผสาน มีแผนการพัฒนาบริการทางการแพทย์ก้าวหน้า การแพทย์แม่นยำ การแพทย์เฉพาะบุคคล มีเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ รวมทั้งบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ที่กฎหมายบัญญัติไว้ให้สามารถจัดการบริการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สมประโยชน์ และมีคุณภาพบริการที่ดีเยี่ยมได้รับการยอมรับในระดับมาตรฐานสากล ตลอดจนมีระบบการบริหารจัดการภายในที่ดี มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถทางการแพทย์เฉพาะทางตามสาขาที่จัดบริการแก่ประชาชนอย่างเพียงพอ โดยให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและยกระดับการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว สถานประกอบการศักยภาพสูง หมายถึง สถานประกอบการตามกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และการประกอบกิจการที่เข้าข่ายกิจการเพื่อสุขภาพที่อยู่ในระหว่างการขออนุญาตเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด โดยสถานประกอบการจะต้องดำเนินการจัดสถานประกอบการให้ได้มาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการ

	เพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่มีกระบวนการจัดบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวม (Holistic Care) การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยมีแผนการพัฒนาบริการรูปแบบใหม่ที่กฎหมายบัญญัติไว้ให้สามารถจัดบริการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สมประโยชน์ และมีคุณภาพบริการที่ดีเยี่ยมได้รับการยอมรับในระดับมาตรฐานสากล ตลอดจนมีระบบการบริหารจัดการภายในที่ดี มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถตามสาขาที่จัดบริการแก่ประชาชนอย่างเพียงพอ โดยให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและยกระดับการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 10		ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10
วัตถุประสงค์		1. เพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด 2. เพื่อให้สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในเมืองใหญ่ เมืองท่องเที่ยว เขตพัฒนาพิเศษ ระเบียงเศรษฐกิจต่างๆ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		- การขึ้นทะเบียน/ขอเพิ่มบริการสุขภาพในสถานพยาบาล/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - รวบรวมความรู้ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ - รายงานการประชุม บันทึกการประชุม ระดับคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ หรือ คณะกรรมการ - ประมวลความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล		ฐานข้อมูลของสถานพยาบาลฯ / กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด = (A/B) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล		รายงานเป็นรายไตรมาส			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. รวบรวมข้อมูล ความรู้ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 2.สำรวจข้อมูลกลุ่มการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 3. วางแผน ประสานงาน ดำเนินการ และจัดทำรายงานการประชุม/บันทึกการประชุม ระดับ คณะทำงาน คณะอนุกรรมการ หรือ คณะกรรมการ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. เกณฑ์สถานประกอบการ ศักยภาพสูง 5. ศึกษา วิเคราะห์แนวทางปฏิบัติ ตามเกณฑ์สถานประกอบการ ศักยภาพสูง 6. จัดการความรู้เพื่อเตรียมการ สื่อสารนโยบายสู่ผู้ประกอบการและ สื่อสารความรู้สู่ประชาชน 7. พัฒนากลไกส่งเสริมมูลค่าเพิ่มภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรไทยใน อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในระดับเศรษฐกิจฐานราก	1. ดำเนินการและจัดทำรายงานการประชุม/บันทึกการประชุม ระดับ คณะทำงาน คณะอนุกรรมการ หรือ คณะกรรมการ 2. จัดทำแบบประเมินความคิดเห็น ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่ม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 3. จัดกิจกรรมส่งเสริม/พัฒนา/ ประชาสัมพันธ์/จัดการความรู้ที่ เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 4. กิจกรรมส่งเสริมศักยภาพ สถานพยาบาลและสถาน ประกอบการในระบบอุตสาหกรรม การแพทย์ครบวงจรและการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 5. กิจกรรมส่งเสริมผลิตภัณฑ์เด่นใน ระดับเศรษฐกิจฐานราก	1. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และ ประมวลผล 2. นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน/ ประเมินผล 3. จัดทำฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน/ ขอเพิ่มบริการสุขภาพในสถาน ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 4. กิจกรรมขยายผลการพัฒนา สถานพยาบาลและสถาน ประกอบการศักยภาพสูงต้นแบบ 5. พัฒนากลไกเสริมสร้างเครือข่าย อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	1. จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อ การเพิ่มจำนวนของจำนวนสถาน ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่ กำหนด 2. อัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ของ สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 3. ร้อยละความรอบรู้ที่เพิ่มขึ้นของ ประชาชนด้านอุตสาหกรรม การแพทย์ครบวงจรและการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 4. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา เครือข่ายอุตสาหกรรมทางการแพทย์ ครบวงจรและการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :

เกณฑ์การประเมิน

- 1) เป็นสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด มีศักยภาพในการแข่งขันในระดับประเทศและนานาชาติ
- 2) ได้รับการรับรองคุณภาพในระดับสากล หรือเกณฑ์คุณภาพที่เป็นที่ยอมรับในประเทศ ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ

วิธีการประเมินผล (ต่อ):	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> 3) นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการหรือส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ (Path form online) 4) บุคลากรมีศักยภาพตามสมรรถนะหลักด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการสื่อสารในระดับนานาชาติ 5) มีกระบวนการเสริมสร้างรายได้แก่ประชาชนในชุมชน เช่นการจ้างงาน การนำผลิตภัณฑ์ในชุมชนมาใช้ในกิจกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหรือจัดจำหน่าย รวมถึงการนำประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่นมาสร้างอัตลักษณ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 6) มีพันธมิตรร่วมบริการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพครบวงจร																							
เอกสารสนับสนุน :	1. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2569) และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 2. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ด้านสาธารณสุข 3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2560 - 2569) 4. ยุทธศาสตร์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (พ.ศ. 2560 - 2579)																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>สถานพยาบาลเอกชน</td><td>แห่ง</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</td><td>แห่ง</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td colspan="4">รวม</td><td>-</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	สถานพยาบาลเอกชน	แห่ง	-	-	-	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	แห่ง	-	-	-	รวม				-
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2563	2564	2565																				
สถานพยาบาลเอกชน	แห่ง	-	-	-																				
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	แห่ง	-	-	-																				
รวม				-																				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสันต์สินี ชุ่มเมืองปัก ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 021937044 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : planhss.hss@gmail.com กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																							
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางสาวงามเนตร เอี่ยมนาคะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 021937000 ต่อ 18405 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : ngamnetr@gmail.com กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายประวิทย์ เกตุทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 081937044 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : hss.evaluation2@Gmail.com กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																							

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	9.อุตสาหกรรมบริการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย				
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	47. ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น				
คำนิยาม	ศูนย์เวลเนส (Wellness Center) หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นศูนย์เวลเนสตามประเภทการประเมิน 5 ประเภท ได้แก่ 1) สถานประกอบการประเภทที่พักนักท่องเที่ยว 2) ประเภทภัตตาคารหรือร้านอาหาร 3) ประเภทสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) ประเภทสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ และ 5) ประเภทสถานพยาบาล แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง แหล่งท่องเที่ยวที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร การยกระดับแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรม/การประเมินตามเกณฑ์การยกระดับสถานประกอบการ/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับเครือข่ายเป็นผู้กำหนด การสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร หมายถึง การสร้างความหลากหลาย และการแสดงอัตลักษณ์ถิ่น วัฒนธรรมชุมชน เพื่อเพิ่มมูลค่าบริการและสินค้าจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา (36 แห่ง)		เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา (43 แห่ง)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา (51 แห่ง)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา (61 แห่ง)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา (73 แห่ง)
วัตถุประสงค์		1. เพื่อยกระดับสถานประกอบการ 5 ประเภทให้เป็นศูนย์เวลเนส และพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ รองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั่วประเทศให้เกิดความเชื่อมั่นในกลุ่มนักท่องเที่ยว 2. เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มด้านการท่องเที่ยวต่อเศรษฐกิจในระดับชุมชน และเป็นเป้าหมายของการท่องเที่ยวระดับโลก 3. เพื่อสร้างภาพลักษณ์และประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพของประเทศ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		1. สถานประกอบการ 5 ประเภท ได้แก่ 1) สถานประกอบการประเภทที่พักนักท่องเที่ยว 2) ประเภทภัตตาคารหรือร้านอาหาร 3) ประเภทสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) ประเภทสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ			

	5) ประเภทสถานพยาบาล 2. แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลโดยศูนย์เวลเนส (Wellness Center) และกองสมุนไพรรักษาเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
แหล่งข้อมูล	1. กองการแพทย์ทางเลือก และกองสมุนไพรรักษาเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก 2. https://thaicam.go.th/wellness-center/
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานประกอบการ 5 ประเภทที่ได้รับการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส/แหล่ง ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปีงบประมาณที่ ผ่านมา
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการ 5 ประเภทที่ได้รับการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส/แหล่ง ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปีงบประมาณที่ ปัจจุบัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((B-A)/A) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. สื่อสาร/ถ่ายทอด โครงการให้แก่ผู้เกี่ยวข้องที่ สนใจทั่วประเทศ เข้ารับ การประเมินเพื่อยกระดับ ให้เป็นศูนย์เวลเนสและ แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ฯ ผ่านระบบออนไลน์ (กร ม.พท.) 2. จัดทำ Brand“Thainess” เพื่อยกระดับสถานประกอบ การ Wellness Center และแหล่งท่องเที่ยวเชิง สุขภาพฯ (กรม.พท. บูรณา การ สบส. ททท. กรมการ ท่องเที่ยว) 3. ประชาสัมพันธ์ให้สถาน ประกอบการ และแหล่ง ท่องเที่ยวฯ เข้ารับการ ประเมินเพื่อยกระดับและ สร้างความมั่นใจแก่ นักท่องเที่ยว (สสจ.)	1. มีหลักสูตรผู้ตรวจ ประเมินศูนย์เวลเนส (กร ม.พท.) 2. จัดอบรมหลักสูตรผู้ตรวจ ประเมินเพื่อสร้างผู้ประเมิน ส่วนกลางและจังหวัด (กร ม.พท.) 3. มีหน่วยงานเข้าร่วมการ อบรมหลักสูตรผู้ตรวจ ประเมิน (สสจ.) 4. ประเมินสถาน ประกอบการที่สมัครเข้ารับ การประเมิน เพื่อยกระดับ ให้เป็นศูนย์เวลเนส (กรม.พท., สสจ.) 5. จังหวัด/แหล่งท่องเที่ยว เชิงสุขภาพฯ เข้าร่วมและ ประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่ กำหนด	1. ประเมินสถาน ประกอบการที่สมัครเข้ารับ การประเมินเพื่อ ยกระดับให้เป็นศูนย์เวลเนส (กรม.พท., สสจ.) 2. ลงพื้นที่เพื่อให้ ข้อเสนอแนะการพัฒนาต่อ ยอดแหล่งท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ ร่วมกับเครือข่าย (กรม.พท., สสจ.)	1. มอบใบประกาศให้กับ สถานประกอบการ และ แหล่งท่องเที่ยว เชิงสุขภาพฯ ที่ได้รับการ รับรอง จำนวน 36 แห่ง (กร ม.พท.) 2. ส่งต่อข้อมูลไปยัง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ประชาสัมพันธ์และส่งเสริม การประกอบการด้านธุรกิจ ท่องเที่ยว (กรม.พท.)

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :

รายชื่อสถานประกอบการ 5 ประเภทที่ได้รับการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส และรายชื่อแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เอกสารสนับสนุน :

- เกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนส กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- หลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
30 แห่ง	จำนวน	-	-	30 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นางมณฑกา อธิชัยสกุล ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609
โทรสาร : 0-2149-5609
E-mail : th.herbalcity@gmail.com
 - นางสาวปารณัฐ สุขสุทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 2603 โทรศัพท์มือถือ : 08-1802-8761
โทรสาร : -
E-mail : ps141156@gmail.com
- กองการแพทย์ทางเลือก

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

- นางสาวสุดารัตน์ เกตโล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609
โทรสาร : 0-2149-5609
E-mail : th.herbalcity@gmail.com
- กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

- นางสาวสุดารัตน์ เกตโล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609
โทรสาร : 0-2149-5609
E-mail : th.herbalcity@gmail.com
 - นายศักดิ์ชัย ศิริบรรลือชัย นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 2702 โทรศัพท์มือถือ : 08-6787-2198
โทรสาร : -
E-mail : tong.renovatio@gmail.com
- กองการแพทย์ทางเลือก

	3. นางสาวผุสชา จันทรประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรศัพท์มือถือ : 06-4323-5939 โทรสาร : 0-2965-9490 E-mail : mande.dtam@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน)
--	--

หมวด	3.ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)																																									
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																									
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																									
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ																																									
ชื่อตัวชี้วัด	48. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ																																									
คำนิยาม	1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชนและให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้ <table><tr><th>เขตสุขภาพ</th><th>จำนวนจังหวัด</th><th>จังหวัด</th></tr><tr><td>1</td><td>8</td><td>เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td><td>ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td><td>กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท</td></tr><tr><td>4</td><td>8</td><td>นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก</td></tr><tr><td>5</td><td>8</td><td>กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี</td></tr><tr><td>6</td><td>8</td><td>จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ</td></tr><tr><td>7</td><td>4</td><td>กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี</td></tr><tr><td>9</td><td>4</td><td>ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์</td></tr><tr><td>10</td><td>5</td><td>ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร</td></tr><tr><td>11</td><td>7</td><td>กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี</td></tr><tr><td>12</td><td>7</td><td>นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง</td></tr></table> 2. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด 3. ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ณ วันที่ 1 ต.ค. 65 ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงานดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่างและตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุงการรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่น ตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อน ไปเขตสุขภาพอื่น หรือที่กำหนดอัตราตั้งใหม่ ฯลฯ 4. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐเร่งรัดการบริหารอัตรากำลังให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปี ตามมติ ครม. เรื่อง รายงานสรุปภาพรวมการบริหารกำลังคนของส่วนราชการในฝ่ายพลเรือนและแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2565			เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด	1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	2	5	ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท	4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก	5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี	6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ	7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร	11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี	12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง
เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด																																								
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน																																								
2	5	ตาก พิชณุโลก 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																																								

	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 เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและความต้องการกำลังคนของ 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 2565 คงเหลือไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 11 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥ 9 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 ณ วันที่รายงานผล ดังนี้ ไตรมาสที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2566 ไตรมาสที่ 3 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2566
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่ 1 ต.ค. 65
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. เขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. จัดส่งแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายภายในวันที่ 5 มกราคม 2566 ผ่านระบบออนไลน์ และได้รับความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 5 เมษายน 2566 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 6	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 25 กันยายน 2566 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4

*กำหนดการรายงานความก้าวหน้าฯ กองบริหารทรัพยากรบุคคลอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. เขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. จัดส่งแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายภายในวันที่ 5 มกราคม 2566 ผ่านระบบออนไลน์ และได้รับความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในกำหนด 3. ≥ 11 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 6	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในกำหนด 3. ≥ 11 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในกำหนด 3. ≥ 11 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. เขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. จัดส่งแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายภายในวันที่ 5 มกราคม 2566 ผ่านระบบออนไลน์และได้รับความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในกำหนด 3. 12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 6	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในกำหนด 3. 12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5	1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในกำหนด 3. 12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4

วิธีการประเมินผล :	1. วิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่างจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. กำกับ ติดตาม การดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายจากฐานข้อมูลเขตสุขภาพ รายงานผ่านระบบออนไลน์ 3. ข้อมูลการรายงานของเขตสุขภาพที่ 1 - 12
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัด 2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งและแบบฟอร์มรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายของทุกเขตสุขภาพ
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มี การบริหารจัดการกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	4.62 (ณ ต.ค. 63)	6.52 (ณ ก.ย. 64)	3.80 (ณ มิ.ย. 65)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. นายสรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1410 โทรสาร : 0 2590 1421 2. นางมัยยัสส์ เหล่าสุรสุนทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2080 3. นางสาวเสาวลักษณ์ นิมาจาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1069		ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sansernx@gmail.com รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : -
--	--	--	---

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. กลุ่มงานอัตรากำลัง นางจิตาภรณ์ จันทร์สูตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1356 โทรสาร : นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : teamhr_teamhr@hotmail.com	
---	--	--

หมวด	3.ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)				
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	49. หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ/กรม) 49.1 หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด 49.2 หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับเขตสุขภาพ 49.3 หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับกรม				
คำนิยาม	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานมีการพัฒนาคนให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และมีการทำงานเป็นทีม ความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย 9 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพกายดี (Happy Body) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติหัวใจดี (Happy Heart) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) มิติครอบครัวดี (Happy Family) มิติสังคมดี (Happy Society) มิติไฟรู้ดี (Happy Brain) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money) และมิติการงานดี (Happy Work-Life) รวมทั้งมิติความผูกพัน (Happy Engagement) และมิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Happy Work Life Balance) โดยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (2 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (2 แห่ง) - ระดับจังหวัด (2 แห่ง)	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (3 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (3 แห่ง) - ระดับจังหวัด (3 แห่ง)	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (4 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (4 แห่ง) - ระดับจังหวัด (4 แห่ง)	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (5 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (5 แห่ง) - ระดับจังหวัด (5 แห่ง)	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (6 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (6 แห่ง) - ระดับจังหวัด (6 แห่ง)	
วัตถุประสงค์	1) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ให้บรรลุเป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” 2) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1) ส่วนกลาง: กรม/เทียบเท่ากรม 2) ส่วนภูมิภาค: สำนักงานเขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานจัดส่งผลการคัดเลือกหน่วยงานที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม พร้อมเอกสารหลักฐาน มายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ spd.happymoph@gmail.com				

รายการข้อมูล	A1 = จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด A2 = จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับเขตสุขภาพ A3 = จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับกรม/เทียบเท่ากรม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับจังหวัด = A1 ระดับเขตสุขภาพ = A2 ระดับกรม = A3
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (2 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (2 แห่ง) - ระดับจังหวัด (2 แห่ง)

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 70 ของ บุคลากรในหน่วยงาน มีการประเมินความสุข บุคลากรกระทรวง สาธารณสุข	-	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (3 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (3 แห่ง) - ระดับจังหวัด (3 แห่ง)

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (4 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (4 แห่ง) - ระดับจังหวัด (4 แห่ง)

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 70 ของ บุคลากรในหน่วยงาน มีการประเมินความสุข บุคลากรกระทรวง สาธารณสุข	-	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (5 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (5 แห่ง) - ระดับจังหวัด (5 แห่ง)

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (6 แห่ง) - ระดับเขตสุขภาพ (6 แห่ง) - ระดับจังหวัด (6 แห่ง)

วิธีการประเมินผล :	คณะกรรมการ/คณะทำงานแต่ละระดับพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นรูปธรรม				
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	หน่วยงาน	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน -เขตสุขภาพที่มีรพช/รพท/สสจ. ผ่านเกณฑ์ฯ อย่างละ 1 แห่ง (ร้อยละ 100) -จังหวัดที่มี รพช/สสจ. ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 10 (ร้อยละ 39.47) -กรม/สป. (ส่วนกลาง) ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 10 (ร้อยละ 77.78)	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ -ระดับจังหวัด 43 จังหวัด -ระดับกรม/สป. (ส่วนกลาง) 5 กรม	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ -ระดับเขตสุขภาพ 12 เขต -ระดับจังหวัด 75 จังหวัด -ระดับกรม/สป. 8 กรม (ข้อมูล ณ 16 กย. 65)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สุภโชค เวชภัณฑเฒ่า ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901393 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : -
	2. นางธิดาภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com
	3. นางสาวธัญจิรา เพ็ญศิริกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com
	4. นางสาวจิราพร อธิธิชัยวัฒนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com
	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	1. นางธิดาภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com
--------------------------------	---

(ระดับส่วนกลาง)	2. นางสาวธัญจิรา เพ็ญศิริกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com 3. นางสาวจิราพร อธิธิชัยวัฒนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายแพทย์สุภโชค เวชภักดิ์เกษม ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901393 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : - 2. นางอติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com 3. นางสาวธัญจิรา เพ็ญศิริกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com 4. นางสาวจิราพร อธิธิชัยวัฒนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส				
ระดับการแสดงผล	ส่วนกลาง				
ชื่อตัวชี้วัด	50. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA				
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองมากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
92	94	94	94	95	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม 2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิภาพผลตามหลักธรรมาภิบาล 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.											
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4								
	-	- ลงทะเบียนเข้าใช้ งานในระบบ ITAS - นำเข้าข้อมูล ในระบบ ITAS	- สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษา ดำเนินการตรวจ และให้คะแนน ประมวลผลคะแนน วิเคราะห์ผลและให้ ข้อเสนอแนะ	- สำนักงาน ป.ป.ช. ประกาศผลคะแนน ITA (เดือนกันยายน 2566) - ศปท. สธ. รายงานผล คะแนนในระบบ Health KPI ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2566								
แหล่งข้อมูล	1. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 2. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 3. แบบการประเมินสาธารณะ (Public Integrity and Transparency Assessment : PIT) 4. แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) 5. แบบการประเมินระบบการป้องกันการทุจริตภายในองค์กร (Anti-Corruption System : SIT)											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 ขึ้นไป (ใน 1 ปี) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (17 หน่วยงาน)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100 / B$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4											
เกณฑ์การประเมิน :												
ปี 2566 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>92</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	92
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	-	-	92									
ปี 2567 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>94</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	94
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	-	-	94									

ปี 2568 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	94

ปี 2569 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	94

ปี 2570 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	95

วิธีการประเมินผล :

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือในการประเมิน 3 เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) และ แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) ตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช.ในระบบ ITAS ไตรมาสที่ 2
2. สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษา ดำเนินการตรวจและให้คะแนน ประมวลผล คะแนน วิเคราะห์ผลและให้ข้อเสนอแนะ ช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2566
- 3 สำนักงาน ป.ป.ช. ประกาศผลคะแนน ITA ในเดือนกันยายน 2566
4. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข รายงานในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 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. 2566 ของสำนักงาน ป.ป.ช.

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	88.23 (17 หน่วยงาน)	100 (17 หน่วยงาน)	76.47 (17 หน่วยงาน)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลางจากระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช.)	นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 0 2590 1330 โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 โทรสาร : 02 590 1330 E-mail : nanablogblog612@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนที่	11.การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการที่	1.โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	51. ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน				
คำนิยาม	ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ส่วนราชการ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันพระบรมราชชนก หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า หน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
82		84	86	88	90
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประกอบด้วย ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้				
1. ส่วนราชการ จำนวน 10 ส่วนราชการ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันพระบรมราชชนก					
2. หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลจากการรายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ได้แก่ ส่วนราชการ จำนวน 10 ส่วนราชการ และหน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน				

	ซึ่งส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะต้องแนบเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการควบคุมภายในมาให้ครบถ้วนทุกกลุ่มงานผ่านระบบสารสนเทศในการกำกับติดตาม และประเมินผลระบบการควบคุมภายใน 2. ระบบสารสนเทศในการกำกับติดตาม และประเมินผลระบบการควบคุมภายใน จะทำการประมวลและรายงานผลตัวชี้วัดเป็นรายส่วนราชการและหน่วยงาน รายจังหวัด รายเขตสุขภาพ และภาพรวมของทั้งประเทศ 3. กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง จะทำการสรุปผลการประเมินเสนอต่อผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องทราบ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน
แหล่งข้อมูล	ประกอบด้วย ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ 1. ส่วนราชการ จำนวน 10 ส่วนราชการ 2. หน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการตรวจสอบ และผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่ได้รับการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. พิจารณาทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา นำมาปรับปรุงพัฒนา องค์ความรู้ในรูปแบบสื่อออนไลน์ทั้งด้านทฤษฎี การฝึกปฏิบัติการควบคุมภายใน เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปพัฒนาระบบการควบคุมภายในให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลรวมทั้งช่วยป้องกัน หรือลดความเสี่ยงจากความผิดพลาด ความสับสนเปลืองสูญเปล่าของการใช้ทรัพยากร หรือการกระทำอันเป็นการทุจริต 2. พัฒนาแบบประเมิน ผลระบบการควบคุมภายใน สำหรับ - ส่วนราชการ (IA 01) - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (IA 02) - โรงพยาบาล (IA 03) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้หน่วยรับตรวจมีการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ดี มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล	78	80	82

3. พัฒนาคู่มือการตรวจสอบและประเมินผลระบบ การควบคุมภายใน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานของกลุ่มตรวจสอบภายใน ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4. พัฒนาระบบสารสนเทศในการกำกับติดตามประเมิน ผลระบบการควบคุมภายใน ให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมกับเกณฑ์การประเมิน เพื่อให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมกำกับ ติดตาม การปฏิบัติงานจากผลการประเมินได้มากยิ่งขึ้น			
--	--	--	--

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. พิจารณาบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระดับการควบคุมภายใน ของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. จัดทำแบบประเมินความเพียงพอของแต่ละองค์ประกอบและหลักการควบคุมภายใน (COSO 2013) ให้สอดคล้องสัมพันธ์กับความเป็นจริงเพื่อให้มั่นใจว่าส่วนราชการและหน่วยงาน มีระบบการควบคุมภายใน ที่เพียงพอเหมาะสมสามารถ บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนด 3. ปรับปรุงระบบสารสนเทศในการกำกับติดตามประเมิน ผลการควบคุมภายใน ให้สอดคล้องสัมพันธ์ ตามเกณฑ์การประเมินและความต้องการใช้งานของผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง 4. จัดทำหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้แก่ 4.1 หลักสูตรสำหรับผู้รับผิดชอบผู้เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาเจาะเฉพาะกลุ่มเป้าหมายในแต่ละระดับของผลการประเมินการควบคุมภายใน 4.2 หลักสูตรการเป็นทีมที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงเพื่อให้ความรู้ ควบคุมกำกับและติดตามผล การดำเนินงานสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 5.อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภายในผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Zoom หรือ Webex)	80	82	84

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. พิจารณาบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระดับการควบคุมภายในของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. จัดทำระบบการเรียนรู้เกี่ยวกับการควบคุมภายใน (e – Learning) โดยมีการทดสอบก่อนและหลังเรียน รวมทั้งมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 3. จัดเก็บประวัติการอบรม และนำข้อมูลการเรียนรู้ตามข้อ 2 มาประมวลและวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับผลการประเมินจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ของ แต่ละส่วนราชการและหน่วยงาน เพื่อนำมากำหนดแนวทางหรือวิธีการตรวจสอบ ควบคู่กับการพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบมากยิ่งขึ้น 4. พัฒนาคู่มือการตรวจสอบและประเมินผลระบบ การควบคุมภายใน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานของกลุ่มตรวจสอบภายใน รวมทั้งเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการควบคุมภายในที่ดี	82	84	86

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. พิจารณาบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระดับการควบคุมภายในของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. จัดทำเกณฑ์การคัดเลือกหน่วยงานต้นแบบ 3. สร้างหน่วยงานต้นแบบการควบคุมภายในที่ดี จำนวน 5 หน่วยงานต่อปี 4. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนต้นแบบที่ดีของการดำเนินการควบคุมภายใน และให้รางวัล ส่วนราชการหรือหน่วยงานต้นแบบในการดำเนินการควบคุมภายในเป็นรายปี	84	86	88

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. พิจารณาบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระดับการควบคุมภายในของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สร้างหน่วยงานต้นแบบการควบคุมภายในที่ดี จำนวน 5 หน่วยงานต่อปี 3. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนต้นแบบที่ดีของการดำเนินการควบคุมภายในและให้รางวัล ส่วนราชการหรือหน่วยงานต้นแบบในการดำเนินการควบคุมภายในเป็นรายปี	86	88	90

วิธีการประเมินผล :

ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยประเมินตามเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อยของส่วนราชการ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน
2	มีการรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในโดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง ได้แก่ 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. 5) ทุกระดับ 4. รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปค. 6)	เท่ากับ 1 คะแนน
3	มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยทุกระดับให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา	เท่ากับ 1 คะแนน
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมทั้งประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบลดลงทุกปี	เท่ากับ 1 คะแนน

	<table><tr><td>5</td><td>มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</td><td>เท่ากับ 1 คะแนน</td></tr></table>	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	เท่ากับ 1 คะแนน											
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	เท่ากับ 1 คะแนน													
หมายเหตุ : ค่าคะแนนแต่ละระดับ = คิดเป็นร้อยละ 20															
เอกสารสนับสนุน :	1. เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม 2.2 พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79 2.3 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2.4 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td></tr><tr><td>ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>88.40</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	-	-	88.40	
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
		2563	2564	2565											
ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	-	-	88.40											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางธัญชนก เสาวรังค์ ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ : 08 2264 5429 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : thancha9@hotmail.com กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นางสาวกัลลิดา แสงปรีชา ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 5857 5528 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : pedgrab2014@gmail.com กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข														
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางณัฐณิชา กลัมพสุต ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 08 8091 4748 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : nkalumpasut@gmail.com3 กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข														

	นายวรพจน์ จันทรวงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ 09 1566 6547 โทรสาร 0 2590 2337 E-mail : Worapodc5@outlook.com กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางธัญชนก เสาวรัง ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ : 08 2264 5429 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : thancha9@hotmail.com กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นางสาวกัลลิดา แสงปรีชา ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 5857 5528 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : pedgrab2014@gmail.com กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นางณัฐนิชา กลัมพสุต ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 08 8091 4748 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : nkalumpasut@gmail.com3 กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)															
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ															
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ															
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต															
ชื่อตัวชี้วัด	52. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด 52.1 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (กองส่วนกลาง) 52.2 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)															
คำนิยาม	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้ 1. กองส่วนกลาง จำนวน 12 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง โดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภออยู่ภายใต้การกำกับ ติดตามผล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2566- 2570 ดังนี้ 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้ <table><tr><th>พ.ศ.</th><th colspan="2">หมวดที่โดดเด่น</th></tr><tr><td>2566</td><td>2 หมวด</td><td>บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด</td></tr><tr><td>2567</td><td>1 หมวด</td><td rowspan="4">ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อมปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)</td></tr><tr><td>2568</td><td>1 หมวด</td></tr><tr><td>2569</td><td>1 หมวด</td></tr><tr><td>2570</td><td>1 หมวด</td></tr></table> 3. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด	พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น		2566	2 หมวด	บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด	2567	1 หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อมปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)	2568	1 หมวด	2569	1 หมวด	2570	1 หมวด
พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น															
2566	2 หมวด	บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด														
2567	1 หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อมปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)														
2568	1 หมวด															
2569	1 หมวด															
2570	1 หมวด															

	5. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 6. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์กร โดยสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความโดดเด่นรายหมวด 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 โดยมีการแบ่งปันการเรียนรู้และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในส่วนราชการ กระบวนการตอบสนองยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์สำคัญของส่วนราชการ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินดังกล่าว และจะมีผู้ตรวจประเมิน ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ให้ส่วนราชการ เพื่อแสดงผลการรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละปี			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริหาร)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริหาร)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริหาร)			
รายการข้อมูล 1	A1 จำนวนกองส่วนกลางที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด			

	A2 = จำนวนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนกองส่วนกลางทั้งหมด (12 กอง) B2 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด (76 แห่ง)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	กองส่วนกลาง = (A1 /B1) X 100 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด = (A2 /(B2) X 100											
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส											
เกณฑ์การประเมิน :												
ปี 2566:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 70</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70									
ปี 2567 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 75</td><td>ร้อยละ 75</td><td>ร้อยละ 75</td><td>ร้อยละ 75</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75									
ปี 2568 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
ปี 2569 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
ปี 2570 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</td><td>1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ</td><td>1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ</td><td>1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566 2. ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจประเมินผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566 2. ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจประเมินผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566 2. ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจประเมินผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA									

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
3. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) และจัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566	3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2566	3.ส่วนราชการดำเนินการรายงานผลจัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ (แบบฟอร์ม 5.2) ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566	3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 26 กันยายน 2566

วิธีการประเมินผล :	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																	
	1	ส่วนราชการ(สสจ.และส่วนกลาง) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566																	
	<table><tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0.20 คะแนน</td><td>0.40 คะแนน</td><td>0.60 คะแนน</td><td>0.80 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td>5 คำถาม</td><td>7 คำถาม</td><td>9 คำถาม</td><td>11 คำถาม</td><td>13 คำถาม</td></tr></table>				เกณฑ์การให้คะแนน					0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
	เกณฑ์การให้คะแนน																		
	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน														
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม															
เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)																			
2	ส่วนราชการ (สสจ.และส่วนกลาง) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวด 1 – 6 ได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566																		
<table><tr><th>โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td rowspan="2">หมวด 1-6</td><td>0.50 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td>ไม่ครบ 6 หมวด</td><td>ครบ 6 หมวด</td></tr></table>		โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน		หมวด 1-6	0.50 คะแนน	1 คะแนน	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด										
โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน																		
หมวด 1-6	0.50 คะแนน	1 คะแนน																	
	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด																	
3	ส่วนราชการ (สสจ.และส่วนกลาง) กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) จัดส่งภายในภายในวันที่ 10 มกราคม 2566																		
<table><tr><th rowspan="2">หน่วยงาน ส่วนกลาง และ สสจ.</th><th rowspan="2">การดำเนินการ</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>0.25 คะแนน</th><th>0.50 คะแนน</th></tr><tr><td></td><td>ตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด</td><td>ไม่ครบ (18 ข้อ)</td><td>ครบ (18 ข้อ, 36 ตัว)</td></tr></table>		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	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ, 36 ตัว)								
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	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ, 36 ตัว)																
■ ส่วนราชการรายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1-7.6 รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 และประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยทีมตรวจประเมินฯ																			
<table><tr><th>ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>10-20%</td><td>0.10</td></tr><tr><td>21-30%</td><td>0.20</td></tr><tr><td>31-40%</td><td>0.30</td></tr><tr><td>41-50%</td><td>0.40</td></tr><tr><td>มากกว่า 50%</td><td>0.50</td></tr></table>		ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน	10-20%	0.10	21-30%	0.20	31-40%	0.30	41-50%	0.40	มากกว่า 50%	0.50						
ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน																		
10-20%	0.10																		
21-30%	0.20																		
31-40%	0.30																		
41-50%	0.40																		
มากกว่า 50%	0.50																		

4

■ ส่วนราชการ (สสจ.และส่วนกลาง) รายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6 ผ่านระบบออนไลน์ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 และ 12 เดือน ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566

■ ส่วนราชการ (สสจ.และส่วนกลาง) จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ (แบบฟอร์ม 5.2) รอบ 9 เดือนภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566

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

5

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

เอกสารสนับสนุน :

เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่<http://www.opdc.go.th/>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ.2565
ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1 นายชิตชนินทร์ นิยมไทย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 089-7255199

โทรสาร: 02-5901406 E-mail: jitchaninn@hotmail.com

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2 น.ส.อังคณา ห้วยเมืองวิเชียร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277

โทรสาร: 02-5901406 E-mail: lkung1038@gmail.com

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำ ข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสิริพร สมเชื้อ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901018 โทรสาร :02-5901406	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-9316087 E-mail : somchue12@yahoo.co.th

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 53.1 ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 53.2 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 53.3 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
คำนิยาม	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 12 เขตสุขภาพ จำนวน 126 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 2 กันยายน 2564) - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 50 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 749 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 2 กันยายน 2564) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงที่เปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้ - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดัง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน A-HA หรือ Advanced HA คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (A-HA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนา มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ชั้น 3 หรือ Re-Accreditation หรือ Advanced HA โดยมีเงื่อนไข ดังนี้ 1.โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3 หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ เช่น R1, R2, R3 เป็นต้น หรือ Advanced HA (A-HA) 2.โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3e อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ ที่ผลการรับรองหมดอายุ (e) เช่น R1e, R2e R3e เป็นต้น แต่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง

หรือ A-HAe ที่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง					
เกณฑ์เป้าหมาย :					
รายละเอียด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรม สุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
3. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 93	ร้อยละ 94	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ชั้น 1-3 และ Advanced-HA				
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ชั้น 1-3 และ Advanced-HA				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ + A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 126 แห่ง				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ + A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 50 แห่ง				
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ + A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ				
รายการข้อมูล 6	F = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 749 แห่ง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. = (A/B) x 100 2. = (C/D) x 100 3. = (E/F) x 100				

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2566 :				
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00
ปี 2567 :				
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00	ร้อยละ 91.00	ร้อยละ 92.00
2568 :				
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 90.00	ร้อยละ 91.00	ร้อยละ 92.00	ร้อยละ 93.00
2569 :				
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 91.00	ร้อยละ 92.00	ร้อยละ 93.00	ร้อยละ 94.00

2570 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 92.00	ร้อยละ 93.00	ร้อยละ 94.00	ร้อยละ 95.00

วิธีการประเมินผล :	เงื่อนไข : 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 126 แห่ง 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 50 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 19 แห่ง (ไม่รวมโรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และ ไม่รวมสถาบันโรคผิวหนัง เนื่องจากอยู่ระหว่างทำการในสถานที่ชั่วคราว) 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 749 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 2 กันยายน 2564) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) 4. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 + 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.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 100.00	ร้อยละ 98.32 (117 / 119แห่ง) ณ 30 ก.ย.64	ร้อยละ 100.00 (121/ 121แห่ง) ณ 31 พ.ค.65
	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 97.96	ร้อยละ 100.00 (48 / 48แห่ง) ณ 30 ก.ย.64	ร้อยละ 100.00 (49/ 49แห่ง) ณ 31 พ.ค.65
	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 92.33	ร้อยละ 88.11 (652 / 740แห่ง) ณ 30 ก.ย.64	ร้อยละ 92.41 (694/ 751แห่ง) ณ 31 พ.ค.65

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์กรฤกษ์ ลิ้มสมมุติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1755 โทรสาร : 0 2590 1802 2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 กองบริหารการสาธารณสุข 1. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6132 โทรสาร : 0 2591 8234 2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6137 โทรสาร : 0 2591 8234 3 นางสาวกัลยณัฐ วังษ์ขุนไกล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6136 โทรสาร : 0 2591 8234 กรมการแพทย์ 1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3395 โทรสาร : 0 2590 3268 2. นายธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3347 โทรสาร : 0 2590 3348 กรมควบคุมโรค 1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8207 โทรสาร : 0 2149 5533 2. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : 0 2149 5533 3. นางณัฐยาณ์ พงศ์พิยะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8225 โทรสาร : 0 2149 5533 กรมสุขภาพจิต	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 08 9478 4332 E-mail : chittima2197@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 06 1485 1286 E-mail : primary05@hotmail.com โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 1454 6561 E-mail : ttfybs@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 08 1696 9942 E-mail : psd.dms.moph@gmail.com ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 08 1640 9393 E-mail : jama_pin@hotmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 2446 6539 E-mail : tod_114@hotmail.com ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์มือถือ : 08 6732 3712 E-mail : burinsura@hotmail.com นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 09 0197 9302 E-mail : standard.dmh@gmail.com Phufa02@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ 08 1551 2496 E-mail : standard.dmh@gmail.com
---	--	---

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมุติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1755 โทรสาร : 0 2590 1802 2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 กองบริหารการสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 08 9478 4332 E-mail : chittima2197@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 06 1485 1286 E-mail : primary05@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมุติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1755 โทรสาร : 0 2590 1802 2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 กองบริหารการสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 08 9478 4332 E-mail : chittima2197@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 06 1485 1286 E-mail : primary05@hotmail.com

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการ	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	54. สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) 54.1 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) 54.1.1 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) 54.1.2 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) 54.2 จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)				
คำนิยาม	การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดการบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดการบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง 3 ด้าน 1. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้งภายในและภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการ ที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยา และลดผลกระทบ ต่อชุมชน 2. ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ 3. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ จนเกิดผลตอบรับด้วยความพึงพอใจ และความรู้สึกพิเศษ				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
54.1 ร้อยละของสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)					
รายการ	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
รพศ./รพท.	60	70	80	90	100
รพช.	60	70	80	90	100
54.2 จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
≥ เขตสุขภาพละ 2 แห่ง	ระดับ รพศ./รพท. ≥ ร้อยละ 10	ระดับ รพศ./รพท. ≥ ร้อยละ 15	ระดับ รพศ./รพท. ≥ ร้อยละ 20	ระดับ รพศ./รพท. ≥ ร้อยละ 25	

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ มีความสะอาด ปลอดภัย ทันสมัยทั้งทางด้านโครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการเพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 901 แห่ง แบ่งเป็น - กลุ่มระดับ รพศ./รพท จำนวน 126 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 775 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผล และจัดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกไตรมาส 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบและรวบรวมข้อมูลการประเมิน และจัดส่งสำนักงานเขตสุขภาพ ทุก 6 เดือน 3. สำนักงานเขตสุขภาพสุ่มประเมินในระดับพื้นที่และรวบรวมผลการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุข และจัดส่งกองบริหารการสาธารณสุข ทุกไตรมาส 4. กองบริหารการสาธารณสุข ตรวจสอบข้อมูล จากสำนักงานเขตสุขภาพ และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพรวม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 901 แห่ง
รายการข้อมูล 1	A 1 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) A 2 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) A 3 = จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best)
รายการข้อมูล 2	B1 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพศ./รพท จำนวน 126 แห่ง B2 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพช. จำนวน 775 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	54.1 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) 54.1.1 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) = $(A1/B1) \times 100$ 54.1.2 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) = $(A2/B2) \times 100$ 54.2 จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) = A 3
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง	-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 แห่ง

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) ของ รพศ./รพท. $\geq$ ร้อยละ 5	-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) ของ รพศ./รพท. $\geq$ ร้อยละ 10

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) ของ รพศ./รพท. $\geq$ ร้อยละ 7.5	-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) ของ รพศ./รพท. $\geq$ ร้อยละ 15

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง	-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) ของ รพศ./รพท. ≥ ร้อยละ 20

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง	-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) ของ รพศ./รพท. ≥ ร้อยละ 25

วิธีการประเมินผล :	1. สถานบริการประเมินตนเองตามเกณฑ์การพัฒนาการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดและเขตสุขภาพเพื่อให้คำแนะนำและการรับรองตามเกณฑ์ การพัฒนาการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS 3. ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีปลอดภัย ทันสมัย และบริการที่ดี 2. เกณฑ์การพัฒนาการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย มีความทันสมัย บริการที่ดี ในระดับพื้นฐาน (The must) และระดับขั้นสูง (The best)

	3. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 4. นางสาวพลอยไพลิน ศรีศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095 6099869 E-mail : siwaporn.moph@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 084 3373581 E-mail : p_pailin13@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. นายแพทย์กรฤช ถิ่นสมมุติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-1631 2. นางเกวลิ้น ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 095 5516996 E-mail : servicemop@gmail.com รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 829625 E-mail : kavalinc@hotmail.com

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการ	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	55.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการปรับโฉม Smart Hospital (Smart ER / Modernize OPD / มีการใช้พลังงานสะอาด)				
คำนิยาม	โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาเป็น Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ ระดับโรงพยาบาลทั่วไป และระดับโรงพยาบาลชุมชน มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลหรือนวัตกรรมที่มีความทันสมัย มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการทำงานเดิม เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน อีกทั้งสนับสนุนการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ส่งผลให้เกิดความสะดวกสบายต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการและเกิดความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ ตามแบบ Smart Hospital โดยสามารถเลือกพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง ดังนี้ 1. Smart ER หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐานและสามารถให้การรักษายาบาล ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างทันเวลา ปลอดภัย และประทับใจ 2. Modernize OPD หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ที่มีการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ ในการให้บริการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อีกทั้งสามารถจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ 3. การใช้พลังงานสะอาด หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการเลือกใช้พลังงานสะอาดหรือพลังงานทางเลือกมาทดแทนพลังงานเดิม หรือนำมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล ภายใต้การบริหารจัดการ ที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อม ปลอดภัย การเสียuya และลดผลกระทบต่อชุมชน เช่น การใช้พลังงานแสงอาทิตย์ พลังงานลม พลังงานน้ำ พลังงานชีวมวล เป็นต้น				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ร้อยละของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาแบบ Smart Hospital					
รายการ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	66	67	68	69	70
รพศ./รพท./รพช.	70	80	90	100	100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็น Smart hospital เพื่อรองรับการให้บริการที่สนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันสมัย เป็นมาตรฐานเดียวกัน และเกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 901 แห่ง - กลุ่มระดับ รพศ./รพท. จำนวน 126 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 775 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผล และจัดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกไตรมาส 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบและรวบรวมข้อมูลการประเมิน และจัดส่งสำนักงานเขตสุขภาพ ทุกไตรมาส				

	3. สำนักงานเขตสุขภาพสู่ประเมินในระดับพื้นที่และรวบรวมผลการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุข และจัดส่งกองบริหารการสาธารณสุข ทุกไตรมาส 4. กองบริหารการสาธารณสุข ตรวจสอบข้อมูล จากสำนักงานเขตสุขภาพ และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพรวม				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 901 แห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการดำเนินงานตามแบบ Smart Hospital				
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 901 แห่ง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาแบบ Smart Hospital $Smart\ Hospital = (A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงาน ไตรมาส 2 / ไตรมาส 3 / ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	- โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแผนการพัฒนาตามแบบ Smart Hospital ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของตนเอง	- โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาตามแบบ Smart Hospital ร้อยละ 50	- โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาตามแบบ Smart Hospital ร้อยละ 60	- โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาตามแบบ Smart Hospital ร้อยละ 70	
วิธีการประเมินผล :	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบการพัฒนา Smart Hospital 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดและเขตสุขภาพลงพื้นที่ติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้คำแนะนำและการรับรองตามเกณฑ์การพัฒนา Smart Hospital 3. รายงานผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	- แนวทางการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแบบ smart hospital				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาตามแบบ Smart Hospital	ร้อยละ	-	-	-
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมุติ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรศัพท์มือถือ : 095 5516996 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : servicemoph@gmail.com				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com 2. นางสาววรรนิตดา ศรีสุพรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1628 โทรสาร : 02-590-1641 รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 1041263 E-mail : naddavo@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. นางสาวชุตินาถ ทิศจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1635 โทรสาร : 02-590-1641 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094 8629299 E-mail : Chitanad@gmail.com 2. นางสาวจุฑามาศ ทองสมนึก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1638 โทรสาร : 02-590-1638 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097 2358844 E-mail : specialthings.gift@gmail.com 3. นางสาวธัญมาศ เกษเพ็ชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1637 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 097 1694535 E-mail : thanamas58@gmail.com 4. นางสาวศุภพร วิกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1635 โทรสาร : 02-590-1634 วิศวกรสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์มือถือ : 084 7473037 E-mail : env.moph@gmail.com

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11.การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	56.ร้อยละของสถานบริการที่มีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก
คำนิยาม	งานสื่อสารเชิงรุก (Proactive Communication) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมประชาสัมพันธ์หรือการชี้แจงให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของหน่วยงานกับประชาชน ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับบทบาท ภารกิจ กิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานและ ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพต่างๆ ที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าก่อนจะมีกิจกรรมหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการยอมรับและความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมาย ด้วยเทคนิคการบริหาร ประเด็น (Issue Management) และการบริหารจัดการภาวะวิกฤต (Crisis Management) ผ่านรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย สอดคล้องกับเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบัน การดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก หมายถึง การขับเคลื่อนนโยบายการสื่อสารเชิงรุกของ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ประกอบด้วย สำนักสารนิเทศ กองตรวจราชการ และเขตสุขภาพที่ 1 - 12) และการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุกของ สถานบริการในส่วนภูมิภาค ตามประเด็นการดำเนินงาน ต่อไปนี้ :- 1. รับมอบและถ่ายทอดนโยบายการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน ตามลำดับ 2. สำนักสารนิเทศ จัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข คลังสื่อประชาสัมพันธ์ออนไลน์ และประเด็นการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก (รายปี) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของสถานบริการในส่วนภูมิภาค 3. สถานบริการจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายประชาสัมพันธ์และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน 4. เขตสุขภาพทุกแห่งมีการพัฒนาศักยภาพและทักษะด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้กับเครือข่ายสถานบริการ 5. เขตสุขภาพทุกแห่งจัดทำแผนสื่อสารประชาสัมพันธ์ประเด็นข่าวเชิงบวกของ สถานบริการตามแนวทาง “1 จังหวัด 1 หน่วยบริการ 1 ข่าวดี” พร้อมจัดส่งให้ สำนักสารนิเทศรวบรวมจัดทำแผนประชาสัมพันธ์ “1 จังหวัด 1 หน่วยบริการ 1 ข่าวดี” กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 เสนอผู้บริหาร รับทราบตามลำดับ 6. สถานบริการดำเนินการผลิตและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ตาม แผนประชาสัมพันธ์ “1 จังหวัด 1 หน่วยบริการ 1 ข่าวดี” กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 7. สำนักสารนิเทศ ขยายผลการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ตามแผนประชาสัมพันธ์ “1 จังหวัด 1 หน่วยบริการ 1 ข่าวดี” กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ของกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายฯ สื่อมวลชน เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณชนในวงกว้าง 8. สถานบริการทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดพื้นที่หรือ จุดเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ผู้มารับบริการ 9. เขตสุขภาพทุกแห่ง ประสานงาน ควบคุม การกำกับ ติดตาม และรายงานผล การดำเนินงานของสถานบริการในพื้นที่รายไตรมาส

	10. กองตรวจราชการและสำนักสารนิเทศ ควบคุม การกำกับ ติดตาม และรายงานผล การดำเนินงานรายไตรมาส สถานบริการ หมายถึง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มี หน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย เขตสุขภาพ (จำนวน 12 แห่ง) โรงพยาบาลศูนย์ (จำนวน 35 แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (จำนวน 92 แห่ง) และ โรงพยาบาล ชุมชน (จำนวน 774 แห่ง) ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 80	-	-	-	-
วัตถุประสงค์	1. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุกในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขทั่วประเทศ 2. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้รับบริการของสถานบริการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ 3. เพื่อผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่น ศรัทธา และพึงพอใจในสถานบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. เขตสุขภาพ 1 – 12 (จำนวน 12 แห่ง) 2. โรงพยาบาลศูนย์ (จำนวน 35 แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (จำนวน 92 แห่ง) และโรงพยาบาล ชุมชน (จำนวน 774 แห่ง)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กำหนดให้เขตสุขภาพทุกเขตเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บข้อมูล และส่งมอบให้ สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รวบรวม วิเคราะห์ และตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล พร้อมนำเสนอต่อผู้บริหารตามลำดับ				
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ และสถานบริการในสังกัดเขตสุขภาพ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการที่มีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก				
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่ให้บริการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย เขตสุขภาพ (จำนวน 12 แห่ง) โรงพยาบาลศูนย์ (จำนวน 35 แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (จำนวน 92 แห่ง) และ โรงพยาบาลชุมชน (จำนวน 774 แห่ง) รวมทั้งสิ้น 913 แห่ง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. สถานบริการมีฐานข้อมูลเครือข่ายประชาสัมพันธ์ที่เป็นปัจจุบัน 2. สำนักสารนิเทศจัดทำคลังสื่อประชาสัมพันธ์ออนไลน์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 3. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร) ถ่ายทอดนโยบายการสื่อสารองค์กร ให้รพ.ในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขจัดพื้นที่หรือจุดเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน 4. สำนักสารนิเทศจัดทำประเด็นการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกตลอดปีเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานสื่อสารของสถานบริการ 5. เขตสุขภาพมีแผนสื่อสารประชาสัมพันธ์ประเด็นข่าวเชิงบวกของสถานบริการตามแนวทาง “1 จังหวัด 1 หน่วยบริการ 1 ข่าวดี”	1. เขตสุขภาพทุกแห่งมีการพัฒนาศักยภาพและทักษะด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับเครือข่ายสถานบริการ 2. ร้อยละ 100 ของรพศ.และรพท.ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีพื้นที่หรือจุดเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน (รพศ. 35 แห่ง+รพท.92 แห่ง) 3. ร้อยละ 40 ของ รพช. ในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขมีพื้นที่หรือจุดเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน (รพช.จำนวน 310 แห่ง จาก 774 แห่ง) 5. ร้อยละ 50 ของจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ประเด็นข่าวเชิงบวกตามแนวทาง “1 จังหวัด 1 หน่วยบริการ 1 ข่าวดี” 6. เขตสุขภาพมีการกำกับติดตาม และรายงานผล	1. ร้อยละ 60 ของ รพช. ในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข มีพื้นที่หรือจุดเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน (รพช.จำนวน 465 แห่ง จาก 774 แห่ง) 2. ร้อยละ 80 ของจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ประเด็นข่าวเชิงบวกตามแนวทาง “1 จังหวัด 1 หน่วยบริการ 1 ข่าวดี” 3.เขตสุขภาพมีการกำกับติดตาม และรายงานผล	1. ร้อยละ 80 ของ รพช. ในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขมีพื้นที่หรือจุดเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน (รพช.จำนวน 620 แห่ง จาก 774 แห่ง) 2. ร้อยละ 100 ของจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ประเด็นข่าวเชิงบวกตามแนวทาง “1 จังหวัด 1 หน่วยบริการ 1 ข่าวดี” 3. เขตสุขภาพมีการกำกับติดตาม และรายงานผล 4.ร้อยละ 80 ของสถานบริการที่มีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :	1. วิเคราะห์ข้อมูลร้อยละของสถานบริการที่มีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก 2. กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุกของสถานบริการผ่านเขตสุขภาพทางระบบออนไลน์ หรือสุ่มตรวจเยี่ยมในพื้นที่ (ขึ้นอยู่กับโอกาสและความเหมาะสม) 3. ข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของเขตสุขภาพที่ 1 – 12				
เอกสารสนับสนุน :	1. เอกสาร/หลักฐาน/ภาพถ่าย/รายงานการประชุม มอบนโยบายและแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัด 2. แผนประชาสัมพันธ์ “1 จังหวัด 1 หน่วยบริการ 1 ช่าวดี” กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของสถานบริการที่มีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเยาวภา จันทรเหมือน ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนักสารนิเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1400 โทรศัพท์มือถือ : 09 1778 8073 โทรสาร : 0 2591 8613 E-mail : tikinja@hotmail.com 2. นางสาวธัญญา พฤษยาชีวะ ตำแหน่ง : นักประชาสัมพันธ์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1408 โทรศัพท์มือถือ : 09 0419 2925 โทรสาร : 0 2591 8613 E-mail : tunya_pruk@hotmail.com สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
	หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวธัญญา พฤษยาชีวะ ตำแหน่ง : นักประชาสัมพันธ์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1408 โทรศัพท์มือถือ : 09 0419 2925 โทรสาร : 0 2591 8613 E-mail : tunya_pruk@hotmail.com 2. นางสาวกัญญวรา ศิริสมบุญเวช ตำแหน่ง : นักวิชาการเผยแพร่ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1408 โทรศัพท์มือถือ : 08 1571 3398 โทรสาร : 0 2591 8613 E-mail : jah_iii@hotmail.com 3. นางสาวพัทธวรรณ จินดารัตน์มณี ตำแหน่ง : นักประชาสัมพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1408 โทรศัพท์มือถือ : 09 0289 0992 โทรสาร : 0 2591 8613 E-mail : pattawan.ji2@gmail.com				
	กลุ่มภารกิจด้านยุทธศาสตร์และอำนวยการ สำนักสารนิเทศ				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	57. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 57.1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี 57.2 ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
คำนิยาม	ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข(บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : e KYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ *** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก 1. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Transactions Development Agency: ETDA ตาม “ประกาศข้อเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล” และ 2. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตาม มาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วย แนวทางการจัดทำกระบวนการและการดำเนินงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัลไอดีสำหรับบริการภาครัฐ แล้ว บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ / รายวัน/จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS) ประชาชน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด ทุกคน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 1 เมษายน 2565)

เกณฑ์เป้าหมาย :				
รายการ	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
บุคลากรสาธารณสุข	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 95
ประชาชน	≥ร้อยละ 25	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้คนไทยมีดิจิทัลไอดี สำหรับการทำธุรกรรมในระบบสุขภาพดิจิทัล ที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ 2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และแสดงเป็นข้อมูลระบบประเมินสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ บน Application (กรณีประชาชนที่ไม่มีโทรศัพท์มือถือ สามารถแสดงประวัติการรักษาเฉพาะบุคคล ผ่านระบบ Electronic Medical Record หลังจากได้รับอนุญาตจากประชาชนเจ้าของข้อมูล) 3. เพื่อลดขั้นตอน และความซับซ้อนในการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล อำนวยความสะดวก และประหยัดเวลาในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ 4. ป้องกันความเสี่ยงในการปลอมแปลงตัวตนเพื่อเข้ารับบริการรักษาแทนบุคคลอื่น เพิ่มความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.) บุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข ทุกจังหวัด (≥ร้อยละ 80) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) 2.) ประชาชน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด (≥ร้อยละ 25) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 1 เมษายน 2565)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตน ของบุคลากรสาธารณสุข และของประชาชนผ่านระบบ หมอพร้อม Identity provider (IdP) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือระบบอื่นที่ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ : https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/  หรือ Scan QR Code			
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการภาครัฐทั่วประเทศ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อ้างอิงตามฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4. ระบบจัดเก็บข้อมูลการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของบุคลากรและประชาชน (IdP Center) กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีดิจิทัลไอดี ในจังหวัด			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด			
รายการข้อมูล 3	A2 = ประชาชนในจังหวัดที่มีดิจิทัลไอดี			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาในจังหวัด			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด 57.1	(A1/B1) × 100 *** ต้องผ่านร้อยละ 80 ของบุคลากรในจังหวัด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 57.2	(A2/B2) × 100 *** ต้องผ่านร้อยละ 25 ของประชาชนในจังหวัด				
	การประเมินตัวชี้วัด ต้องผ่านหลักเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด				
	รายจังหวัด	สูตรคำนวณ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน	หลักเกณฑ์ ผ่านหลักเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดฯ
	บุคลากรสาธารณสุข	(A1/B1) × 100	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 80	
	ประชาชน	(A2/B2) × 100	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 25	
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน และ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566 : ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ					
1) ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี					
2) ร้อยละ 25 ของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
	บุคลากรสาธารณสุข	-	≥ร้อยละ 50	-	≥ร้อยละ 80
	ประชาชน	-	≥ร้อยละ 10	-	≥ร้อยละ 25
วิธีการประเมินผล:	ประเมินจากระบบประมวลผลของระบบ Identity Provider (IdP) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการปฏิบัติงาน ระบบดิจิทัลไอดี : https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/  หรือ Scan QR Code				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกพร สังข์ทอง		เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-8194		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 02-591-8565		E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com		
	กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
	2. นายหยดชาลี เล้าะเหล๊ะ		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ		
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1493		โทรศัพท์มือถือ :			
โทรสาร : 02-591-8565		E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com			
กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน					
3. นายวัชรินทร์ โสภภาพ		นักวิชาการคอมพิวเตอร์			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497		โทรศัพท์มือถือ :			
โทรสาร : 02-591-8565		E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com			
กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน					

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12.การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	58. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine” บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 จากระหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้ 1. เขตสุขภาพ คัดเลือกจังหวัด และโรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการในปีงบประมาณ 2566 อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพ และอย่างน้อยจังหวัดละ 3 โรงพยาบาล 2. โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้ 2.1 ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอื่นๆ ตามที่แพทย์เห็นสมควรหรือตามบริบทของพื้นที่ 2.2 มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน งานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ (รายละเอียดตามร่างคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล แนบท้าย) 2.3 มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth 2.4 มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน 2.5 มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ 3. โรงพยาบาล มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ 1. หน่วยบริการประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2. หน่วยบริการจัดให้มีระบบสารสนเทศ (ระบบอิเล็กทรอนิกส์) ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 3. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่ 4. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ

	5. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริบบนที่ให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ 6. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้ 7. รพ. จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล 8. รพ. มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 9. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตามและกำกับดูแล รพ. ให้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ และมีรูปแบบการให้บริการที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ และมีบริการส่งยาที่บ้านได้ หมายเหตุ ศทส. จะแจ้งเวียนแบบสอบถาม และระบบประเมินความพึงพอใจ ภายในเดือนมกราคม 2566 แนวทางการตรวจ ติดตาม 1. เขตสุขภาพ ตามแบบสอบถาม รวบรวมและส่งรายชื่อ รพ. (รพศ./รพท./รพช.) ที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล และที่มีแผนจะให้บริการการแพทย์ทางไกล ให้แก่ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มกราคม 2566 2. รพ. ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2566 3. ใช้การสื่อสารผ่านระบบ online (Webex Meeting ,  Line Official @ictmoph , Line OpenChat https://moph.cc/oDOmHwsNs) 4. ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงานในเว็บไซต์ HDCService 5. รพ. ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินแผนความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ (ตอบเฉพาะหน่วยที่มีข้อมูล update) ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2566 6. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด รวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2566
เกณฑ์เป้าหมาย : ● กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้รับบริการผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ที่บันทึกลงในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ด้วยรหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine” ● ปีงบประมาณ 68 – 70 คำนวณร้อยละ จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล เทียบกับจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด ● รพ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไป / ชุมชน	

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
1) เขตสุขภาพ มีจำนวนจังหวัดที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ 2) และมีจำนวน รพ. ไม่น้อยกว่า 3 แห่งต่อจังหวัด 3) และมีจำนวนการให้บริการไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้งต่อจังหวัด	1) เขตสุขภาพ มีจำนวนจังหวัดที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ 2) และมีจำนวน รพ. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ต่อจังหวัด 3) และมีจำนวนการให้บริการไม่น้อยกว่า 5,500 ครั้งต่อจังหวัด	1) ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพ มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล 2) และมีจำนวน รพ. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ต่อจังหวัด ที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล 3) และมีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด	1) ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพ มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล 2) และ รพ. ทุกแห่งมีการให้บริการการแพทย์ทางไกล 3) และมีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด	1) ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพ มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล 2) และ รพ. ทุกแห่งมีการให้บริการการแพทย์ทางไกล 3) และมีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ได้มากขึ้น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำการดึงข้อมูลเพื่อ 1. บ่งชี้จังหวัดที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย 2. คำนวณร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลในปี 2568 - 2570			
แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th 2. แบบสอบถามตอบกลับจากหน่วยงาน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/ Telemedicine”)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ปี 2566 – 2567 = A ปี 2568 – 2570 = $(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1) เขตสุขภาพ มีรายชื่อ รพ. ที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล และที่มีแผนจะให้บริการการแพทย์ทางไกลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ 2) รพ. ตอบแบบประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 3) รพ. ตอบแบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้	-	เขตสุขภาพ มีจำนวนจังหวัดที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้งต่อจังหวัด จาก รพ. ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	เขตสุขภาพ มีรายชื่อ รพ. ที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล และที่มีแผนจะให้บริการการแพทย์ทางไกลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ	-	เขตสุขภาพ มีจำนวนจังหวัดที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่า 5,500 ครั้งต่อจังหวัด จาก รพ. จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนทั้งจังหวัด

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รพ. ทุกแห่งมีการเตรียมพร้อมระบบสารสนเทศและบุคลากร และเปิดให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รพ. ทุกแห่งมีการเตรียมพร้อมระบบสารสนเทศและบุคลากร และเปิดให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รพ. ทุกแห่งมีการเตรียมพร้อมระบบสารสนเทศและบุคลากร และเปิดให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด

วิธีการประเมินผล :	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามโดยคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด 2. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของสำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายไอที ผ่านระบบประชุมทางไกล				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 Version 2.4 รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ https://bps.moph.go.th/healthdata/wp-content/uploads/2021/03/2.4-43File_Structure-020364.pdf หรือลิงก์ย่อ https://moph.cc/h0DBTprMn				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	จำนวนครั้งของการให้บริการ การแพทย์ทางไกล	จำนวน	-	-	เฉลี่ยจังหวัด (นำร่อง) จังหวัดละ 800 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6399532 E-mail: ictmoph@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร 2. 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 วรรณะรุ่งโรจน์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-7871459 E-mail: ictmoph@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร				

(ร่าง) คณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการตั้งคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์

เพื่อเร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่นๆ

กลุ่มเป้าหมาย

- การรักษาทางไกลระหว่างแพทย์และผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยรายเก่าที่เคยมารับบริการของโรงพยาบาล เช่น กลุ่มผู้ป่วย NCD และผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
- การให้คำปรึกษาทางไกลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วหรือ ลดการส่งต่อได้
- ผู้ป่วยอื่น ตามบริบทของโรงพยาบาล

เสนอพิจารณาแต่งตั้งประธานคณะกรรมการ

- รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ หรือ รองผู้อำนวยการด้านการกิจปฐมภูมิ หรือผู้ที่มีความเหมาะสมตามขนาดของโรงพยาบาล

เสนอพิจารณาแต่งตั้งกรรมการจากกลุ่มงานต่าง ๆ เช่น

- กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
- กลุ่มงานอายุรกรรม
- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
- กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
- กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
- กลุ่มงานเภสัชกรรม
- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
- กลุ่มงาน หรืองานอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

หน้าที่

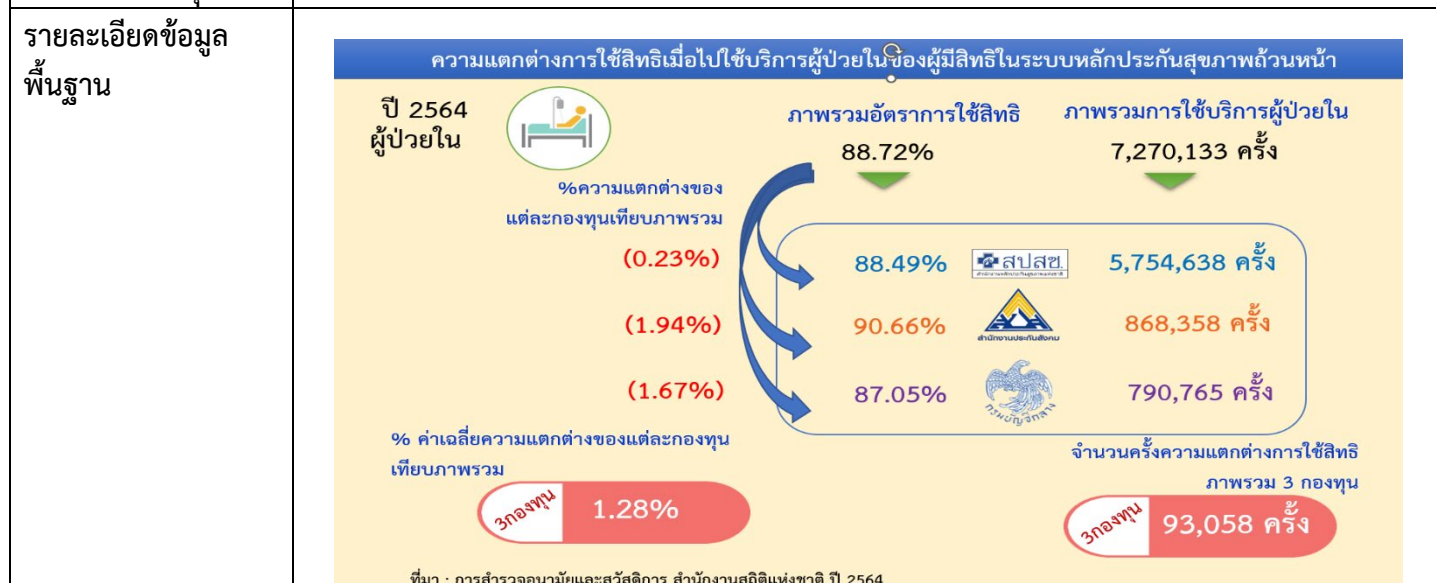
1. พัฒนาการบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การจัดระบบส่งยาที่บ้าน และอื่นๆ
2. พัฒนาระบบการพิสูจน์ ยืนยันตัวตน สำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
3. เชื่อมข้อมูลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) กับ ระบบ Telemedicine เพื่อให้สะดวกต่อการบริการ และการสืบค้นหลักฐานการบริการแต่ละ visit ประกอบการเรียกเก็บค่าบริการพยาบาล และอื่นๆ
4. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจให้ ผู้รับบริการ ประชาชน อสม. และบุคลากร
5. สร้างเครือข่ายการบริการสามหมอ เช่น อสม. หมอคนที่ 1 ช่วยผู้สูงอายุเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกลผ่าน Application Smart อสม. ที่เชื่อมโยงระบบ Telemedicine
6. กำกับติดตามการดำเนินงานการบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกลให้เป็นไปตามมาตรฐานของสภาวิชาชีพ ภายใต้ระบบธรรมาภิบาลข้อมูล

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนงานที่	13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	59. ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)				
คำนิยาม	อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ ▪ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ▪ ระบบประกันสังคม (SSS) ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีคู่ ได้ผลการวิเคราะห์ในปีถัดไป เช่น ผลสำรวจฯ ในปี 2564 จะรายงานในปี 2565 และ 2566 ผลสำรวจในปี 2566 จะรายงานในปี 2567 และ 2568)				
แหล่งข้อมูล	สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ				
รายการข้อมูล 1	1.1 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): CR-UCS 1.2 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบประกันสังคม (SSS): CR-SSS 1.3 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS): CR-CSMBS 1.4 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ: CR-Total				
รายการข้อมูล 2	ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ 2.1 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) 2.2 ระบบประกันสังคม (SSS): Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), 2.3 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total)				
รายการข้อมูล 3	3. ค่าเฉลี่ยของ ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ:				

	ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) }								
รายการข้อมูล 4	4.1 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): UR-IP-UCS 4.2 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบประกันสังคม (SSS): UR-IP-SSS 4.3 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS): UR-IP-CSMBS 4.4 ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ: ผลรวม { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS }								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ของค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ คูณ ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ : ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } * { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS }								
ระยะเวลาประเมินผล	สิ้นปีงบประมาณ								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2566:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง						
ปี 2567:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง						
ปี 2568:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง						
ปี 2569:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง						
ปี 2570:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง						

วิธีการประเมินผล :	1. อัตราความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate) ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } $\leq 1.5\%$ 2. จำนวนครั้งความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } * { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS } $\leq 112,800$ ครั้ง
--------------------	--

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



รายการ1

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

รายการ2

อัตราร้อยละ	63	64	65
Absolute Diff (CR-UCS, CR-total)	0.89%	0.89%	0.23%
Absolute Diff (CR-SSS, CR-total)	1.21%	1.21%	1.94%
Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-total)	6.19%	6.19%	1.67%
รายการ3 ค่าเฉลี่ย	2.76%	2.76%	1.28%

รายการ 4

จำนวนครั้ง	ผลการดำเนินงาน		
	2563	2564	2565
UR-IP_UCS	6,299,512	5,853,006	5,754,638
UR-IP-SSS	868,358	811,317	811,317
UR-IP-CSMBS	790,765	745,991	704,178
UR-IP-Total	7,958,635	7,410,314	7,270,133

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)								
แผนที่	13: การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ								
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน								
ระดับการแสดงผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	60. ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ								
คำนิยาม	สิทธิประโยชน์ หมายถึง กลุ่มรายการบริการสุขภาพทั้งหมดที่กำหนดในกฎหมายซึ่งอาจกำหนดในรัฐธรรมนูญ หรือกฎหมายเฉพาะสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์กลาง หมายถึง ชุดสิทธิประโยชน์กลางที่กองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 กองทุน มีกลไกการพิจารณาร่วมกันและเห็นพ้องว่าเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพจะได้รับอย่างเท่าเทียมกันภายใต้แนวคิดความคุ้มค่า ความเป็นธรรมและความสามารถในการจ่ายของกองทุน บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ระบบประกันสังคม (สิทธิประโยชน์ กรณีเจ็บป่วย) และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด 5 ขั้นตอน <table border="1"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอนการดำเนินงาน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td> จัดทำแผนการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ และรายงานต่อ (1) คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (2) คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ </td></tr> <tr> <td>2</td><td>ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ</td></tr> <tr> <td></td><td> (1) ศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ (2) วิเคราะห์ความแตกต่างการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ </td></tr> </tbody> </table>	ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	จัดทำแผนการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ และรายงานต่อ (1) คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (2) คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	2	ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ		(1) ศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ (2) วิเคราะห์ความแตกต่างการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ
ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน								
1	จัดทำแผนการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ และรายงานต่อ (1) คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (2) คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ								
2	ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ								
	(1) ศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ (2) วิเคราะห์ความแตกต่างการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ								

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
	พ.ศ. 2563 และจัดทำ (ร่าง) ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง (3) ประชุมหารือกับ 3 กองทุน เพื่อให้เห็นต่อ (3.1) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563 (3.2) (ร่าง) ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามข้อ 2 (2) (4) สรุปผลการประชุมหารือกับ 3 กองทุน และรายงานความคืบหน้าต่อ (4.1) คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (4.2) คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
3	จัดทำ “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ”
4	ประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ”
5	5.1 สังเคราะห์และจัดทำรายงานผล “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ”
	5.1 สังเคราะห์และจัดทำรายงานผล “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” 5.2 นำเสนอ “ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” ต่อ คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือคณะกรรมการคณะอนุกรรมการคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ 5.3 เผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มีข้อเสนอการขอรับ ค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ เรื่อง บริการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกัน โรค (P&P)	มีรายการสถิติ ประโยชน์กลาง การดูแลปฐมภูมิ ของ ระบบหลักประกัน สุขภาพ ๓ ระบบ เรื่อง โรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (Non- Communicable diseases : NCDs)	มีข้อเสนอการขอรับ ค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง โรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (Non- Communicable diseases : NCDs)	มีรายการสถิติ ประโยชน์กลาง การดูแลปฐมภูมิ ของ ระบบหลักประกัน สุขภาพ ๓ ระบบ เรื่อง การดูแลสุขภาพระยะ ยาว (Long-term care: LTC)	มีข้อเสนอการขอรับ ค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง การดูแลสุขภาพ ระยะยาว (Long- term care: LTC)

วัตถุประสงค์	เพื่อมีข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก ได้แก่ 1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2. ระบบประกันสังคม 3. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากระบบรายงาน และผลการดำเนินงานของหน่วยงาน /หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง
แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
รายการข้อมูล 1	A = ขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A (ประเมินความสำเร็จ ขั้นตอนการดำเนินงานที่ 5)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีแผนและขั้นตอนการ ดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อจัดทำรายการชุดสถิติ ประโยชน์กลางการดูแลปฐม ภูมิของระบบหลักประกัน สุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (P&P)	รายงานเบื้องต้น เพื่อ พัฒนาชุดสถิติประโยชน์ กลาง การดูแลปฐมภูมิของ ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง บริการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกัน โรค (P&P)	มี “ร่าง รายการชุดสถิติ ประโยชน์กลางการดูแล ปฐมภูมิของระบบหลักประกัน สุขภาพ 3 ระบบ” เรื่อง บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (P&P)	มีรายการชุดสถิติ ประโยชน์กลางการดูแล ปฐมภูมิของระบบ หลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่องบริการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกัน โรค (P&P)

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีแผนปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง NCDs	ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง NCDs	มี“ร่าง การปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ” เรื่อง NCDs	มี“รายการ ชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ”เรื่อง NCDs

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีแผนปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ ๓ ระบบ เรื่อง NCDs	ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ ๓ ระบบ เรื่อง NCDs ตามแผน	มี “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” เรื่อง NCDs	- มีการประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ “ร่างข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” เรื่อง NCDs - สังเคราะห์และจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง NCDs

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีแผนปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง LTC	ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลาง การดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง LTC	มี“ร่าง การปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ” เรื่อง LTC	มีรายการสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง LTC

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีแผนปรับปรุงสิทธิประโยชน์ กลางการดูแลปฐมภูมิของ ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง LTC	ดำเนินการปรับปรุงสิทธิ ประโยชน์กลาง การดูแล ปฐมภูมิของระบบ หลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง LTC ตามแผน	มี “ร่าง ข้อเสนอการขอรับ ค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อ บริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ” เรื่อง LTC	- มีการประชุมรับฟัง ความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ต่อ “ร่างข้อเสนอการขอรับ ค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ” เรื่อง LTC - สังเคราะห์และจัดทำ ข้อเสนอการขอรับค่า ใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิเรื่อง LTC

วิธีการประเมินผล :

ประเมินความสำเร็จ ขั้นตอนการดำเนินงานที่ 5

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
			มีผลกาวิเคราะห์ ความแตกต่าง ระหว่างสิทธิของ ชุดสิทธิประโยชน์ กลางการดูแล ปฐมภูมิของระบบ หลักประกัน สุขภาพ 3 ระบบ	มีผลกาวิเคราะห์ ความแตกต่าง ของการขอรับ ค่าใช้จ่าย ตาม ขอบเขตบริการ การดูแลปฐมภูมิ ของระบบ หลักประกัน สุขภาพ 3 ระบบ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายดิเรก สุตแดน

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1553

โทรสาร : 0 2590 1567

ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ
หลักประกันสุขภาพ

โทรศัพท์มือถือ : 061417900

E-mail : dereksutdan@gmail.com

	2. นางนิมนงค์ สายรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรสาร : 0 2590 1576 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 9699 7206 E-mail : Nimanong15@hotmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวชไมพร นันทโก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรสาร : 0 2590 1576 เศรษฐกิจกร กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 7801 0370 E-mail : chamaiporn029@gmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	61. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 61.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 62.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน ที่ใช้ในการคำนวณวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ประกอบด้วย 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วยหนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หัก สินค้าคงเหลือและสินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) = เงินสด และรายการเทียบเท่าเงินสด หารด้วยหนี้สินหมุนเวียน 4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน 5. รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income : NI) = รวมรายได้ หัก รวมค่าใช้จ่าย เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม มี 7 ข้อย่อย ข้อละ 1 คะแนน ผลรวมคะแนนสูงสุด เท่ากับ 7 คะแนน หมายถึง หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 รองลงมา 6 คะแนน หมายถึง หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6 1. กลุ่มแสดงสภาพคล่องทางการเงิน 1.1 $CR < 1.5$ 1.2 $QR < 1.0$ 1.3 $Cash < 0.8$ 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน รวม 2 คะแนน 2.1 ทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital) $NWC < 0$ 2.2 รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income) $NI < 0$ 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (ได้คะแนนข้อ 3.1 หรือ 3.2) 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.2 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน *โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า การจัดกลุ่มหน่วยบริการ ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน นำผลรวมคะแนนข้างต้น (0 - 7 คะแนน) มาจัดกลุ่ม โดยเรียงลำดับการเกิดวิกฤตทางการเงินจากระดับน้อยไปมาก แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

คำนิยาม (ต่อ)	<table><tr><th>มาตรการ ขับเคลื่อน</th><th>แนวทางการดำเนินงาน</th><th>เป้าหมาย</th></tr><tr><td>มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้าน การเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกัน สุขภาพ (Competency)</td><td>3.1 หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้าน บัญชี เช่น - นักบัญชีมืออาชีพ /กลยุทธ์การวิเคราะห์ งบการเงินแบบมืออาชีพ 3.2 หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เช่น - อบรมเชิงปฏิบัติการบัญชีสำหรับผู้ ผู้บริหาร /เจาะลึกบัญชีบริหารเพื่อ การวางแผนและตัดสินใจ /การ บริหารความเสี่ยงและกลยุทธ์ทาง การเงิน หน่วยงานที่จัดอบรม เช่น สภา วิชาชีพบัญชีฯ / มหาวิทยาลัย</td><td><u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/ หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/ หัวหน้างานบริหารงาน ทั่วไป <u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) รพศ/รพท/รพช. รองผู้อำนวยการด้าน บริหาร/ รองนายแพทย์ สสจ.</td></tr><tr><td>มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารด้าน การเงินการคลัง (Division of regional health)</td><td>4.1 สนับสนุนการกระจายอำนาจให้ เขตสุขภาพบริหารจัดการด้าน การเงินการคลัง 4.2 พัฒนานวัตกรรมการเงินการ คลังของหน่วยบริการในการจัดการ ด้านประสิทธิภาพโดยนำระบบ สารสนเทศมาใช้</td><td>4.1 เขตสุขภาพบริหาร จัดการด้านการเงิน การคลังและปรับ เปลี่ยนภายในเขต สุขภาพ 4.2 เขตมีระบบเกี่ยวกับ สารสนเทศด้านการเงิน การคลัง</td></tr><tr><td>มาตรการ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทาง การเงิน วางระบบ ใฝ่ระวัง (Efficiency)</td><td>5.1 การประเมินประสิทธิภาพหน่วย บริการ ใช้เครื่องมือ (Total Performance Score : TPS) (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)</td><td>5.1 หน่วยบริการที่ผ่าน เกณฑ์ประเมิน ประสิทธิภาพหน่วย บริการ (Total Performance Score : TPS) ≥ 10.5 คะแนน (A = ดีมาก , B = ดี)</td></tr></table>	มาตรการ ขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย	มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้าน การเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกัน สุขภาพ (Competency)	3.1 หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้าน บัญชี เช่น - นักบัญชีมืออาชีพ /กลยุทธ์การวิเคราะห์ งบการเงินแบบมืออาชีพ 3.2 หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เช่น - อบรมเชิงปฏิบัติการบัญชีสำหรับผู้ ผู้บริหาร /เจาะลึกบัญชีบริหารเพื่อ การวางแผนและตัดสินใจ /การ บริหารความเสี่ยงและกลยุทธ์ทาง การเงิน หน่วยงานที่จัดอบรม เช่น สภา วิชาชีพบัญชีฯ / มหาวิทยาลัย	<u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/ หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/ หัวหน้างานบริหารงาน ทั่วไป <u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) รพศ/รพท/รพช. รองผู้อำนวยการด้าน บริหาร/ รองนายแพทย์ สสจ.	มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารด้าน การเงินการคลัง (Division of regional health)	4.1 สนับสนุนการกระจายอำนาจให้ เขตสุขภาพบริหารจัดการด้าน การเงินการคลัง 4.2 พัฒนานวัตกรรมการเงินการ คลังของหน่วยบริการในการจัดการ ด้านประสิทธิภาพโดยนำระบบ สารสนเทศมาใช้	4.1 เขตสุขภาพบริหาร จัดการด้านการเงิน การคลังและปรับ เปลี่ยนภายในเขต สุขภาพ 4.2 เขตมีระบบเกี่ยวกับ สารสนเทศด้านการเงิน การคลัง	มาตรการ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทาง การเงิน วางระบบ ใฝ่ระวัง (Efficiency)	5.1 การประเมินประสิทธิภาพหน่วย บริการ ใช้เครื่องมือ (Total Performance Score : TPS) (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	5.1 หน่วยบริการที่ผ่าน เกณฑ์ประเมิน ประสิทธิภาพหน่วย บริการ (Total Performance Score : TPS) ≥ 10.5 คะแนน (A = ดีมาก , B = ดี)						
	มาตรการ ขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย																
	มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้าน การเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกัน สุขภาพ (Competency)	3.1 หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้าน บัญชี เช่น - นักบัญชีมืออาชีพ /กลยุทธ์การวิเคราะห์ งบการเงินแบบมืออาชีพ 3.2 หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เช่น - อบรมเชิงปฏิบัติการบัญชีสำหรับผู้ ผู้บริหาร /เจาะลึกบัญชีบริหารเพื่อ การวางแผนและตัดสินใจ /การ บริหารความเสี่ยงและกลยุทธ์ทาง การเงิน หน่วยงานที่จัดอบรม เช่น สภา วิชาชีพบัญชีฯ / มหาวิทยาลัย	<u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/ หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/ หัวหน้างานบริหารงาน ทั่วไป <u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) รพศ/รพท/รพช. รองผู้อำนวยการด้าน บริหาร/ รองนายแพทย์ สสจ.																
	มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารด้าน การเงินการคลัง (Division of regional health)	4.1 สนับสนุนการกระจายอำนาจให้ เขตสุขภาพบริหารจัดการด้าน การเงินการคลัง 4.2 พัฒนานวัตกรรมการเงินการ คลังของหน่วยบริการในการจัดการ ด้านประสิทธิภาพโดยนำระบบ สารสนเทศมาใช้	4.1 เขตสุขภาพบริหาร จัดการด้านการเงิน การคลังและปรับ เปลี่ยนภายในเขต สุขภาพ 4.2 เขตมีระบบเกี่ยวกับ สารสนเทศด้านการเงิน การคลัง																
มาตรการ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทาง การเงิน วางระบบ ใฝ่ระวัง (Efficiency)	5.1 การประเมินประสิทธิภาพหน่วย บริการ ใช้เครื่องมือ (Total Performance Score : TPS) (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	5.1 หน่วยบริการที่ผ่าน เกณฑ์ประเมิน ประสิทธิภาพหน่วย บริการ (Total Performance Score : TPS) ≥ 10.5 คะแนน (A = ดีมาก , B = ดี)																	
เกณฑ์เป้าหมาย :																			
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2</td><td>ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2</td><td>ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2</td><td>ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2</td><td>ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2</td></tr><tr><td>ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4</td><td>ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4</td><td>ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4</td><td>ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4</td><td>ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70															
ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2															
ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4															
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ 3. เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานในการสนับสนุนหน่วยบริการ																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส		
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ		
รายการข้อมูล 1	1.ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 2.ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6		
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4
ปี 2568:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4
ปี 2569:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 1 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 2 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 4		
วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	หน่วยบริการ สังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส 1/63 ร้อยละ 0 ไตรมาส 2/63 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/63 ร้อยละ 0.3 ไตรมาส 4/63 ร้อยละ 1.7	ไตรมาส 1/64 ร้อยละ 0 ไตรมาส 2/64 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/64 ร้อยละ 0.6 ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.1	ไตรมาส 1/65 ร้อยละ 0 ไตรมาส 2/65 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/65 ร้อยละ 0
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายดิเรก สุดแดน		ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1553 โทรสาร : 0 2590 1567		โทรศัพท์มือถือ : 061417900 E-mail : dereksutdan@gmail.com		
	2. นางสาวปิยาภรณ์ ยิ้มศิริวัฒน์		หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหารและ ประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1797 โทรสาร : -		โทรศัพท์มือถือ : 08 6415 2482 E-mail : higomph@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสาวชไมพร นันทโก		เศรษฐกร		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรสาร : 0 2590 1576		กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 7801 0370 E-mail : chamaiporn029@gmail.com		
	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14.การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1.โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	62. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้ 2. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม 3. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภทได้แก่ 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอบการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น 4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้องค์ความรู้ทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น 4. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดี และมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

	(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 การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข 3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล										
เกณฑ์เป้าหมาย :											
<table><tr><th>ปีงบประมาณ 66</th><th>ปีงบประมาณ 67</th><th>ปีงบประมาณ 68</th><th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr><tr><td>จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 15 เรื่อง</td><td>จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 17 เรื่อง</td><td>จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 19 เรื่อง</td><td>จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 21 เรื่อง</td><td>จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 23 เรื่อง</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 15 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 17 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 19 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 21 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 23 เรื่อง	
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 15 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 17 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 19 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 21 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 23 เรื่อง							
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์										

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่นปีงบประมาณ 2566อย่างน้อย 1 แผน	จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สํารวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2566 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา	- จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 15 เรื่อง

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่นปีงบประมาณ 2567อย่างน้อย 1 แผน	จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สํารวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2567 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา	- จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 17 เรื่อง

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2568 อย่างน้อย 1 แผน	จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2568 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา	- จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 19 เรื่อง

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2569 อย่างน้อย 1 แผน	จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2569 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา	- จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 21 เรื่อง

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2570 อย่างน้อย 1 แผน	จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2570 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา	- จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 23 เรื่อง

วิธีการประเมินผล :

ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	เรื่อง	13	15	17
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวประไพ วงศ์สินคณัณ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ หัวหน้าสำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2951 0000 ต่อ 99359 โทรศัพท์มือถือ: 0955179718 โทรสาร : 0 2951 1297 E-mail: prapai.w@dmsc.mail.go.th 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 กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2589 9850 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : 0816466620 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th นายจุมพต สังข์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มติดตามและประเมินผล 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 กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
--	---



งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 2 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



เบอร์ติดต่อ : 02 590 2388



E-mail : data.healthkpi@gmail.com