



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข

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	7
2	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	10
3	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	13
4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	18
5	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	21
6	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	25
7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	29
8	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	32
9	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	35
10	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	39
11	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	47
12	ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	54
13	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	59
14	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	62
15	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	65
16	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	71
17	จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	74

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
18	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	76
19	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	79
20	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	83
21	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	88
22	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	93
23	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	95
24	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	97
25	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะ กลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก (Community base)	102
26	ร้อยละของประชาชนที่มีารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก	107
27	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	112
28	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	115
29	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	119
30	Refracture Rate	124
31	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การ รักษา ตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	128
32	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง	133
33	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 mL/min/1.73m ² /yr	139
34	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	142
35	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	145
36	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	148

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
37	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	152
38	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	163
39	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่างๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	187
40	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	201
41	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	207
42	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	210
43	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	213
44	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	215
45	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	219
46	ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น	224
47	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	228
48	หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ/กรม)	233
49	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	237
50	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	241
51	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	250
52	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	256

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
53	สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	263
54	ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	270
55	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	274
56	ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)	279
57	ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	283
58	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	289
59	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	296

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 ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด 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	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เมื่อเกิดมารดาตายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์อนามัยภายใน 24 ชั่วโมง คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมดเพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ศูนย์อนามัยที่ 1-12 ประสานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th ภายใน 24 ชั่วโมง ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย และจัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา 				

	<p>— รายงานการตายมารดา (MDR report) ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน</p> <p>5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงาน แก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด และจัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง</p>																																								
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร์																																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด																																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$																																								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน																																								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2566:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2567:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2568:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2569:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2570:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </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	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	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																																						
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																																						
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 :	<p>— แบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (MDR report)</p> <p>https://mpdsr.anamai.moph.go.th</p>																																								

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	นายแพทย์โอราริก มุสิกวงศ์ โทร 0 2590 4435 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย		หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก Email: Dr.olarik@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4438 โทรสาร : 0 2590 4427 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 06 2596 2294 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4438 โทรสาร : 0 2590 4427 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 06 2596 2294 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com		

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย				
คำนิยาม	<p>เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)</p> <p>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่</p> <p>3. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงานและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</p>		
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก</p> <p>a = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)</p>		
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:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 88
ปี 2568:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87
ปี 2569:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
ปี 2570:			
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 :	<ol style="list-style-type: none"> สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook https://healthplatform.anamai.moph.go.th/ คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล https://bit.ly/3CkGHss คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/ ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย https://bit.ly/3irbmMM หลักสูตรออนไลน์ วิถีใหม่ (New normal) <ul style="list-style-type: none"> 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.		
			2563	2564	2565
		ร้อยละ	89.5	85.1	85.3
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 โทรศัพท์มือถือ : 089 144 4208 E-mail : teerboon@hotmail.com สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ นางประภาพร จังพานิชย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904425 โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130 E-mail : prapapon.j@anamai.mail.go.th สำนักส่งเสริมสุขภาพ 				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> นางสาวเบญจพร กุศลปฏิการ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 โทรศัพท์มือถือ : 084 761 4940 E-mail : bjp.kuson@gmail.com สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ 				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> นายสุทิน ปุณฺทริกภักดิ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 โทรศัพท์มือถือ : 081 466 3696 E-mail : sutin.p@anamai.mail.go.th สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ 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	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และ ราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็น ค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (1998; update 2013)</p> <p>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 ที่ส่งสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 (หมวด F84.x, G80.x, Q90.x) ในเขตสุขภาพที่ 13 หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุ ที่ส่งสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป</p> <p>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการ สมวัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการ ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือ ประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริม พัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี (Developmental Skill Inventory: DSI), คู่มือประเมินและ แก่ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย) เป็นต้น ภายใน ระยะเวลา 3 เดือน (90 วัน) แล้วกลับมาประเมินพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง 5 ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103

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

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

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 แล้วยังพบว่ามีความล่าช้าอย่างน้อย 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	<p>เป้าหมาย : ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย ปี 2570</p> <p>เป้าหมายย่อย :</p> <p>ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 1-12 ดึงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทั้งหมด โดย</p> <p>ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ครบตามเกณฑ์ทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการในหมวดที่กำหนด</p> <p>ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัยทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการในหมวดที่กำหนด</p> <p>ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 13 ใช้ข้อมูลที่สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายบริการในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ โดย</p> <p>ข้อมูลเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์ทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัยทั้งหมด</p>								
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ								
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย								
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์แล้วได้รับการติดตามประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B) ตามเกณฑ์เป้าหมายย่อย = (C/D) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ทุก 5 ปี เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 และไตรมาส 4								
<p>เกณฑ์การประเมิน : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103</p> <p>เกณฑ์การประเมินย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>ปี 2566 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p> <table border="1" data-bbox="384 1890 1219 1989"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 35</td> </tr> </tbody> </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 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

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

ปี 2568 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

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

ปี 2569 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย 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

: ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย 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 ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ เด็กไทย 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) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจนมีพัฒนาการสมวัย	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)

	เขตสุขภาพที่ 13 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 สุขทัพนธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพนธ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 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 ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล				
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 ประมวลผลทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (อัตราการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎร)	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 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 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904168 โทรสาร : 02-5904163		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com		
	2. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904771 โทรสาร : 02-5904163		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855 E-mail : phimonthicha@gmail.com		
	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904771 โทรสาร : 02-5904163		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855 E-mail : phimonthicha@gmail.com		
	2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590 4772 Email : poppysunko.j@gmail.com		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร 02-5904163		
	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย				

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

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan														
คำนิยาม	<p>1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>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</p> <p>3) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน</p> <p>4) ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่าย และชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>5) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager /Caregiver /บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>6) แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>7) การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</p> <p>7.1) การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกๆรอบ 9 เดือนและ 12 เดือน</p> <p>7.2) การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น)</p> <p>7.3) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 96</td> <td>ร้อยละ 97</td> <td>ร้อยละ 98</td> <td>ร้อยละ 99</td> </tr> </tbody> </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	<p>1) เพื่อให้ Care Manager /Caregiver /อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และสหวิชาชีพ สามารถวางแผนการดูแล ส่งเสริม ฟื้นฟู และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบรอบด้านเป็นรายบุคคล และเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับครอบครัว และชุมชน</p> <p>2) เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว และช่วยเหลือตัวเองได้</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>2) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - 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 เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan = $(A / B) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>เดือน ตุลาคม 2565 – เดือน กันยายน 2566</p>

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการ Long Term Care แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในระดับเขต / จังหวัด และเครือข่าย - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบ โปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจาก คณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล ร้อยละ 90 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบ โปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจาก คณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล ร้อยละ 93 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบ โปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุน 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) และผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล
- 3) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น

เอกสารสนับสนุน :

- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย
- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community) - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือการใช้โปรแกรม 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 บุญदानนท์ 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. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)				
คำนิยาม	<p>1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>2) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”</p> <p>แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 2. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ 3. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 4. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี 5. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ 6. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ <p>3) ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ - รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน) - กรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพภาวะเขตเมือง เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป 								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) 2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ 3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพภาวะเขตเมือง 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) = $(A / B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 - เดือน กันยายน 2566								
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="113 1688 459 1733">รอบ 3 เดือน</th> <th data-bbox="464 1688 804 1733">รอบ 6 เดือน</th> <th data-bbox="809 1688 1139 1733">รอบ 9 เดือน</th> <th data-bbox="1144 1688 1485 1733">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="113 1733 459 2018"> <ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในระดับเขต / จังหวัด และเครือข่าย </td> <td data-bbox="464 1733 804 2018"> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 25 </td> <td data-bbox="809 1733 1139 2018"> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 40 </td> <td data-bbox="1144 1733 1485 2018"> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 50 - ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน </td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในระดับเขต / จังหวัด และเครือข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 25 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 40 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 50 - ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน 	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในระดับเขต / จังหวัด และเครือข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 25 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 40 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 50 - ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน 						

<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่คัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อจำแนกกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง 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
-	-	-	-

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ 2) รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน)
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว (Health Promotion & Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ - คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพคู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)

<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="496 181 1434 474"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</td> <td>จำนวน (คน)</td> <td>1,386</td> <td>48,428</td> <td>91,586</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ: ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2564 มีการกำหนดการดำเนินงานแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นรายบุคคล ยังไม่ได้คำนวณเป็นร้อยละ</p>	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										
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4273 โทรศัพท์มือถือ : 08 6879 6655 โทรสาร : - E-mail : nithirat.b@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>													
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางสาวจุฑาภักดิ์ เจนจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 09 1768 6265 โทรสาร : - E-mail : juthapak.j@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>													
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>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</p>													

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. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (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. แนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุ (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) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

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

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	8. อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน				
คำนิยาม	<p>อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง ความชุกหรือร้อยละของประชาชนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป วัดจากแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p>ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะหรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ ชักถาม จนสามารถประเมิน และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดี และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้อื่นได้</p> <p>ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ประชาชนมีทักษะ (1) การค้นหาคำตอบที่ต้องการ (2) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น (3) การตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และ (4) การประพฤติปฏิบัติโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็น และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้ (เพื่อให้มีความหมายตรงกับ Health Literacy)</p>				
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	$(A/B) \times 100$				
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 :

- รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562
- คู่มือแนวทางการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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 |
- กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

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

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

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	9. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p> <p>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</p> <p>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง <p>(อ้างอิง : บวรศม ลิระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)</p>				
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	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
<p>1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา</p> <p>3 มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด</p>	<p>1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่กำหนด</p> <p>2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง</p> <p>3. ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พขอ.ผ่าน CL UCCARE</p>	<p>1. ประเมินผลการดำเนินงาน จากระบบ CL UCCARE</p> <p>2. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</p> <p>ร้อยละ 85</p> <p>2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 3 ล้านคน</p>

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			<p>1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</p> <p>ร้อยละ 87</p>

			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	10. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System)ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 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-ฉุกเฉินเป็นการดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย 4. การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล (Inter-hospital Transportation) หมายถึง กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งให้การดูแลรักษาขั้นต้น 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 โดยโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลและรับส่งผู้ป่วย สำหรับ
เฝ้าระวังปัญหาการบาดเจ็บทางถนนของจังหวัด

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 แนวทางเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร การแพทย์ขณะปฏิบัติงานบนรพพยาบาล แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยบนรพพยาบาล และแนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรพพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
10. **ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System : ICS)** สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับบัญชาการ สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากรที่แม่นยำและรวดเร็ว
11. **สาธารณสุขภัย** หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายถึงรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล
12. **ความเสี่ยงสาธารณสุขภัย** หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณสุขภัย จึงหมายความว่าถึง“โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณสุขภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ
13. **การประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขภัย (Risk Assessment)** หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณสุขภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวกับภัย ความล่อแหลม และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม
14. **แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP)** หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอนและวิธีการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่

	<p>ภาวะ ปกติ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>15. การฝึกซ้อมแผน หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัย</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 65	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางของหน่วยงานระดับจังหวัด 2. เพื่อสนับสนุนการใช้งานระบบการรายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ให้มีความเสถียรภาพด้านความถูกต้อง คุณภาพของข้อมูล และการประมวลผลของระบบให้ครอบคลุม 3. ติดตามและประเมินการใช้อำนาจกำหนดมาตรฐานรพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยของหน่วยงานระดับจังหวัด 4. เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
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	$(A/B) \times 100$
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 มีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีคะแนนของโอกาสรอดชีวิต 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	ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรพพยาบาล 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	ดำเนินการซ่อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด 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	1.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนแผนความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน)
	1.2	จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด	1.2 แผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)

วิธีการประเมินผล :	1.3 มีกระบวนการดำเนินงาน ขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลัง การเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้าน การแพทย์และสาธารณสุข)	1.3 รายงานกระบวนการดำเนินงาน ขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิด อุบัติเหตุระดับจังหวัด อาทิ คำสั่ง คณะทำงาน การกำหนดตัวชี้วัด การนิเทศ งาน การเยี่ยมเสริมพลัง การกำกับติดตาม ประเมินผล เป็นต้น
	1.4 สรุปผลการดำเนินงานตามแผน ตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุ ระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และ สาธารณสุข)	1.4 รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผน ตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับ จังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)
	2. การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In-Hospital Emergency) พัฒนา ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัด	
	2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล ทั่วไป จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่ง ข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการ บาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ได้	2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รายงานข้อมูล และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบ เฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)
2.2 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล ทั่วไป มีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่า คะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า 0.5 มา review death case	2.2 มีรายงานติดตามทบทวนข้อมูล ผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival) มากกว่า 0.5	
2.3 สรุปผลการดำเนินงานระบบเฝ้า ระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)	2.3 สรุปรายงานผลการดำเนินงานระบบ เฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)	
3. การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation)		
ประเมินการดำเนินการตามคู่มือ มาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการ ปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วย ปลอดภัย 5 หมวด 1) โครงสร้างรถพยาบาล 2) แนวปฏิบัติเพื่อการขับขี่ รถพยาบาลปลอดภัย	3.1 รายงานผลการประเมินการดำเนินการ ตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการ ปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย หมายเหตุ : ปี 66 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 ของ จังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ standard	

	<p>3) แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ขณะปฏิบัติงานบนรถพยาบาล</p> <p>4) แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยในรถพยาบาล</p> <p>5) แนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาล</p>	<p>ปี 67 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของจังหวัด</p> <p>มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี 68 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80 ของจังหวัด</p> <p>มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี 69 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 ของจังหวัด</p> <p>มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี 70 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของจังหวัด</p> <p>มีผลการประเมินอยู่ในระดับ excellent</p>
	<p>4. การบริหารจัดการภัยพิบัติ (Disaster management)</p>	
	<p>4.1 มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ 3 ลำดับแรก และสาธารณสุขภัยที่สำคัญ 3 ลำดับแรกของจังหวัด</p> <p>4.2 มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>4.3 ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุขภัย 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>4.4 ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัยต่อปี</p>	<p>4.1 รายงานผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด ตามแบบฟอร์มกลาง</p> <p>4.2 โครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>4.3 แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุขภัย 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>4.4 รายงาน/สรุปซ้อมแผนของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัย</p>

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง) รับผิดชอบระดับที่ 4</p>	<p>1.น.ส.ณัฐชญา น้อยยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1908 โทรสาร : 02-590 1771</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 088 894 8600 E-mail : eoc.dphem@gmail.com</p> <p>2. นายสุบรรณ สิงห์โต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1002 โทรสาร : 02-590 1771</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 087 254 5261 E-mail : satmoph@gmail.com</p> <p>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1.นางสาวพนิดา นานอม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1353 โทรสาร : 02 590 1771</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 080 076 7931 E-mail : dphem.kpi@gmail.com</p> <p>2.นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com</p> <p>3.นางสาววรรัตน์ ทุนทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com</p> <p>4. นายภาสกร ณ นคร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 087 331 7241 E-mail : dphem.kpi@gmail.com</p> <p>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)														
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัด	11. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง 11.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 11.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง														
คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 11.1)	<p>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธี ดังนี้</p> <p>(1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>(2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป <p>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-180 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\geqร้อยละ 70</td> <td>\geqร้อยละ 72</td> <td>\geqร้อยละ 74</td> <td>\geqร้อยละ 76</td> <td>\geqร้อยละ 78</td> </tr> </tbody> </table>					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
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 และส่งต่อพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรคเบาหวาน														
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 ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1-180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน																																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																								
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน																																								
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566: <table border="1" data-bbox="167 1008 1420 1108"> <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>≥ร้อยละ 30</td> <td>≥ร้อยละ 50</td> <td>≥ร้อยละ 70</td> </tr> </table> ปี 2567: <table border="1" data-bbox="167 1153 1420 1254"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> ปี 2568: <table border="1" data-bbox="167 1310 1420 1411"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> ปี 2569: <table border="1" data-bbox="167 1467 1420 1568"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> ปี 2570: <table border="1" data-bbox="167 1624 1420 1724"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 70	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 70																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	-	-	-																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	-	-	-																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	-	-	-																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
-	-	-	-																																						
วิธีการประเมินผล	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสหลังอดอาหารมากกว่า 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 \geq 126 mg/dl				
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัย ป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	59.99	63.15	70.28 (HDC 16 ก.ย. 65)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893 นายแพทย์ชูฤทธิ์ เต็งไทรสรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893 นางสาวณัฐฉิรพรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 		ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : iamkrisada@gmail.com รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : t.churit@gmail.com หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> นางสาวณัฐฉิรพรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 นางสาวรัฐญา ตรีเหล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 นางสาวสุภาพร หน่อคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 นางสาวจิตตรา ัญญารักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867 		หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : rungnapa19900@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : maymmay2343@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : chittrathanyarak@gmail.com		
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 ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใน
 ปีงบประมาณ

การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดัน
 โลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure
 Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความ
 ดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถาน
 บริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตาม
 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดัน
 โลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการ
 สาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดัน
 โลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย
 ≥ ร้อยละ 93 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วย
 ตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ≥ ร้อยละ 60 จาก
 กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนาย
 การเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดัน
 โลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการ
 วัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์ เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการ
 วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วย
 ความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ
 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 = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขต
 รับผิดชอบ
 วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM))
 ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่
 บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม
 (ภายใน 90 วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการ
 รักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจากได้รับการคัดกรอง

	ความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2566:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 93</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 93
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 93						
ปี 2567:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	-						
ปี 2568:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	-						
ปี 2569:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	-						
ปี 2570:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	-						
วิธีการประเมินผล	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>วิธีการประมวลผล</p> <p>A1 : กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDScreen และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกัน อย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย</p> <p>A2 : กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือ ในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดย ประมวลผลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ที่มีประวัติเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในแฟ้ม NCDScreen โดยการคิดผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง 2 วิธี จะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก</p> <p>B : กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDScreen ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP)</p>								

	<p>ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปิงปประมาณ โดยคิดจากค่าความดันโลหิตที่เข้าได้กับกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน)</p> <p>1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปิงปประมาณ 2564</p> <p>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม)</p> <p>1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิมภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องไม่เกินวันที่ 29 มกราคม 2564 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปิงปประมาณ 2564</p>																
<p>เอกสารสนับสนุน</p>	<p>1. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ</p> <p>2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562</p>																
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1" data-bbox="943 1055 1481 1245"> <thead> <tr> <th data-bbox="943 1055 1098 1099">2563</th> <th data-bbox="1102 1055 1257 1099">2564</th> <th data-bbox="1262 1055 1481 1099">2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="943 1106 1098 1245">ร้อยละการตรวจติดตาม</td> <td data-bbox="1102 1106 1257 1245">ร้อยละ</td> <td data-bbox="1262 1106 1481 1245">ร้อยละ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="943 1252 1098 1319">ยีนยีนวินิจฉัยกลุ่มสงสัย</td> <td data-bbox="1102 1252 1257 1319">ร้อยละ</td> <td data-bbox="1262 1252 1481 1319">ร้อยละ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="943 1326 1098 1393">ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td> <td data-bbox="1102 1326 1257 1393">ร้อยละ</td> <td data-bbox="1262 1326 1481 1393">ร้อยละ</td> </tr> </tbody> </table>			2563	2564	2565	ร้อยละการตรวจติดตาม	ร้อยละ	ร้อยละ	ยีนยีนวินิจฉัยกลุ่มสงสัย	ร้อยละ	ร้อยละ	ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	ร้อยละ
2563	2564	2565															
ร้อยละการตรวจติดตาม	ร้อยละ	ร้อยละ															
ยีนยีนวินิจฉัยกลุ่มสงสัย	ร้อยละ	ร้อยละ															
ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	ร้อยละ															
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893</p> <p>2. นายแพทย์ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3893</p> <p>3. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867</p> <p>ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : iamkrisada@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : t.churit@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p>																
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>																
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867</p> <p>2. นางหทัยชนก เกตุจุนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : hathaichai@gmail.com</p>																

	<p>3. นางสาวเบญจมาศ นาคราช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867</p> <p>4. นางสาวขวัญชนก อีสระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867</p> <p>5. นางสาวสุภาพร ศุภษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3867</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : bnakkarach@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail khuanchanok_cake@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supasorn_su@hotmail.com</p>
--	---	--

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)														
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัด	12. ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562														
คำนิยาม	<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัด / กทม. (EnvOcc CU) ตาม พ.ร.บ.ฯ อย่างน้อย 1 หน่วยต่อจังหวัด 2. จัดทำสถานการณ์ รวมถึงข้อมูลที่เป็น / เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ ได้แก่ โรคจากการประกอบอาชีพ 5 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากฝุ่นซิลิกา โรคจากภาวะอับอากาศ โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช) และ โรคจากสิ่งแวดล้อม 2 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 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 :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
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
<p>ระดับส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> ชี้แจงแนวทางการพัฒนาจังหวัดต้นแบบการดำเนินงาน ตาม พ.ร.บ.๓ และระบบการรายงาน จัดทำแนวทางการแจ้งการรายงาน และการสอบสวนโรคตาม พ.ร.บ.๓ ชี้แจงเกณฑ์การแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรคตาม พ.ร.บ.๓ และการใช้งานในระบบ Event based จัดทำ/สนับสนุนชุดสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ให้กับ สคร. / สปคม. และจังหวัด พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ฯ 	<p>ระดับส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาศักยภาพบุคลากร สคร./สปคม. ผ่านระบบ online / onsite ทวนสอบข้อมูลผู้ป่วยหรือเหตุการณ์จากระบบ HDC หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบข้อมูลการแจ้งการรายงานจากระบบ Event based จัดกิจกรรม / สร้างช่องทาง เพิ่มเครือข่าย เพื่อสร้างการรับรู้ เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ในวงกว้าง ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน 	<p>ระดับส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> ทวนสอบข้อมูลผู้ป่วยหรือเหตุการณ์จากระบบ HDC หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบข้อมูลการแจ้งการรายงานจากระบบ Event based เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและรับรู้ พ.ร.บ.เพิ่มเติม เช่น หอกระจายข่าวชุมชน เป็นต้น ติดตาม / สนับสนุนการดำเนินงานจัดตั้งหน่วยฯ และการขับเคลื่อน มาตรการเฝ้าระวังฯ 	<p>ระดับส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> มีจังหวัดต้นแบบ อย่างน้อยร้อยละ 60 (46 จังหวัด) สรุปผลการดำเนินงานในภาพประเทศ รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอเชิงนโยบาย
<p>ระดับ สคร./สปคม.</p> <ol style="list-style-type: none"> เข้าร่วมการชี้แจงจากส่วนกลาง และ ประสานหรือชี้แจงแนวทางการพัฒนาจังหวัดต้นแบบการดำเนินงาน ตาม พ.ร.บ.๓ ในพื้นที่รับผิดชอบ 	<p>ระดับ สคร./สปคม.</p> <ol style="list-style-type: none"> สนับสนุน / ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ ตามหลักสูตร EnvOcc CU ผ่านระบบ online / onsite 	<p>ระดับ สคร./สปคม.</p> <ol style="list-style-type: none"> รวบรวมฐานข้อมูล ผู้ได้รับการอบรมตามหลักสูตร EnvOcc CU และเตรียมการสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยฯ 	<p>ระดับ สคร./สปคม.</p> <ol style="list-style-type: none"> มีจังหวัดต้นแบบ อย่างน้อยร้อยละ 60 (ของจำนวนจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ) สรุปผลการดำเนินงานในภาพเขต รอบ 12 เดือน

<p>2. ประสาน/ประชาสัมพันธ์ หลักสูตรอบรมหน่วย ปฏิบัติการฯ</p> <p>3. วิเคราะห์และจัดทำ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ โรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ในเขต</p> <p>4. สร้างกลไก หรือ รูปแบบ การประชาสัมพันธ์สื่อ เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ ภายใน พื้นที่รับผิดชอบ</p>	<p>2. ดำเนินการแจ้ง /รายงาน โรคที่ประกาศตามพ.ร.บ.ฯ หรือตามปัญหาของพื้นที่ พร้อมดำเนินการหรือ สนับสนุนการสอบสวนโรค หากจังหวัดร้องขอ</p> <p>3. สนับสนุนสื่อให้ความรู้ เกี่ยวกับ พ.ร.บ. แก่ หน่วยงานเครือข่ายที่ เกี่ยวข้อง</p> <p>4. ติดตามประเมินผล</p> <p>5. สรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน</p>	<p>2. ดำเนินการแจ้ง /รายงาน โรคที่ประกาศตามพ.ร.บ.ฯ หรือตามปัญหาของพื้นที่ พร้อมดำเนินการหรือ สนับสนุนการสอบสวนโรค หากจังหวัดร้องขอ</p> <p>3. สนับสนุนการคัดเลือก ประเด็นปัญหาในพื้นที่ เพื่อ นำมาขับเคลื่อนมาตรการ เฝ้าระวังฯ</p>	<p>พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอเชิงนโยบาย</p>
<p>ระดับจังหวัด</p> <p>1. เข้ารับการชี้แจงแนวทาง ให้สามารถดำเนินการตาม พ.ร.บ.ฯ</p> <p>2. ประสาน/ประชาสัมพันธ์ หลักสูตรอบรมหน่วย ปฏิบัติการฯ</p> <p>3. วิเคราะห์และจัดทำ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ โรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ</p> <p>4. สร้างกลไก หรือ รูปแบบ การประชาสัมพันธ์สื่อ เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ ภายใน พื้นที่รับผิดชอบ</p>	<p>ระดับจังหวัด</p> <p>1. เข้ารับการพัฒนาศักยภาพผ่านระบบonline / onsite</p> <p>2. ดำเนินการพัฒนาต้นแบบตามมาตรการสำคัญ อย่างน้อย 4 ใน 6 ข้อ* (โดยประเมินผลจังหวัดต้นแบบในไตรมาส 4)</p>	<p>ระดับจังหวัด</p> <p>1. ดำเนินการพัฒนาต้นแบบตามมาตรการสำคัญ อย่างน้อย 4 ใน 6 ข้อ* (โดยประเมินผลจังหวัดต้นแบบในไตรมาส 4)</p>	<p>ระดับจังหวัด</p> <p>1. ดำเนินการพัฒนาด้านแบบตามมาตรการสำคัญ อย่างน้อย 4 ใน 6 ข้อ* 2. สรุปผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ไปยัง สคร./สปกม.</p>

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
				รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 90
ปี 2570:				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
				รอบ 12 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.
				2563
				2564
				2565
		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 วิฤทธิชัย 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		

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1.นางสาวสุธาทิพย์ บุณยสถิตนนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 08 1398 5013 โทรสาร 0 2590 3864 E-mail : sutatip-bu@gmail.com</p> <p>2. นางจตุพร บุนนาค นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 09 7301 6873 โทรสาร 0 2590 3864 E-mail : jatuporntaeng@gmail.com</p> <p>กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>
---	---

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	13. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ ออย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ได้รับอนุญาตจาก ออย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)</p> <p>ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการรายย่อยในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน หรือ เครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 2. วิสาหกิจรายย่อย ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ.2562 3. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พรบ.โรงงาน พ.ศ. 2562 <p>ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับการอนุญาต ร้อยละ 50 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม ต่อเขตสุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาต โดยมีเป้าหมายร้อยละ 50 ต่อเขตสุขภาพ (สามารถเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง และนับรวมกันทุกผลิตภัณฑ์)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 50 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 70 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 80 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการ ในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ออย. นำผลพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพจากส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคเข้าระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	14. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด				
คำนิยาม	<p>สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ และมีใช้การขายของในตลาด 2. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ 3. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น <p>โดยเกณฑ์มาตรฐานที่ดำเนินการได้ ดังนี้</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>เกณฑ์การรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร หมายถึง สถานที่ประกอบการอาหารที่จะได้รับป้ายรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานครจะต้องเป็นสถานประกอบการอาหารที่ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร 4 องค์ประกอบหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านสุขลักษณะทางกายภาพ อาคารสถานที่ (Place) 2. ด้านคุณภาพอาหาร (Food) 3. ด้านบุคลากร ผู้สัมผัสอาหาร (Food Handler) 4. ด้านการบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Service) 				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	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	<ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด เป็นรายไตรมาส ศูนย์อนามัย/สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง นำข้อมูล มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของเขตสุขภาพ และจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป รวมทั้งการตรวจประเมินเชิงคุณภาพพร้อมจัดส่งให้กรมอนามัย กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลฯ ระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข 								
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล รอบ 6 รอบ 9 และรอบ 12 เดือน (มีนาคม 2566, มิถุนายน 2566, กันยายน 2566)								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2566:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 10</td> <td>สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 20</td> <td>สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 30</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 10	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 20	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 30	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 10	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 20	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 30						
ปี 2567:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2568:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2569:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2570:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัย/สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด ศูนย์อนามัย/สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง <ol style="list-style-type: none"> วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพอาหารในพื้นที่ที่รับผิดชอบ 								

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)														
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม														
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	15. 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)														
	<table border="1"> <tr> <td>หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา</td> <td>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท</td> <td>2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล</td> <td>5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)</td> </tr> <tr> <td>6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน และทรัพยากร</td> <td>7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">หมวด E: Environment การ จัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล</td> <td>8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ</td> </tr> <tr> <td>9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td> </tr> </table>	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 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 อุบัติเหตุ/โรค และการ ดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่ จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวัง ทางสุขาภิบาลอาหาร 11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล 12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน 13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)	
	หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำ ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย โรงพยาบาลและชุมชน
	หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้ เกิด 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	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ 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	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ 70 - ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ 50 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลการประเมินในพื้นที่วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p> <p>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</p> <p>**สำหรับปีงบประมาณ 2566 สามารถจัดเก็บข้อมูลผลการประเมินผ่านโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin)</p> <p>หมายเหตุ : ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อประเมินได้ ให้รายงานผลโดยใช้ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยประสานให้คำแนะนำด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่โรงพยาบาล</p>			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	<p>- รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง (ทุกวันที่ 25 ของเดือน)</p> <p>- รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ 3,9,6 และรอบ 12 เดือน</p>			
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 และประเมินโรงพยาบาล 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 และประเมินโรงพยาบาล 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 และประเมินโรงพยาบาล 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 และประเมินโรงพยาบาล 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)

	<p>3. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health)</p> <p>4. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล</p> <p>5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล</p> <p>6. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล</p> <p>7. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน</p> <p>8. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)</p>																																	
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="491 678 1455 1025"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับพื้นฐาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>0.21</td> <td>0.21</td> <td>0.10</td> </tr> <tr> <td>ระดับดี</td> <td>ร้อยละ</td> <td>14.51</td> <td>7.72</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>ระดับดีมาก</td> <td>ร้อยละ</td> <td>44.89</td> <td>38.94</td> <td>32.15</td> </tr> <tr> <td>ระดับดีมาก Plus</td> <td>ร้อยละ</td> <td>40.40</td> <td>53.13</td> <td>66.08</td> </tr> <tr> <td>ระดับพื้นฐานขึ้นไป</td> <td>ร้อยละ</td> <td>100.00</td> <td>100.00</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 28 กันยายน 2565*</p>	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
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																														
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวปรีณิตย์ ไหมเจริญศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904200 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904200 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>																																	
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางสาวรัตนา เต๋ออุดม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : rattana.t@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางสาวภัทยา พิมพาสีดา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pattaya.p@anamai.mail.go.th</p> <p>3. นางสาวนวรรตน์ อภิชัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904321 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>																																	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวรัตนา เต๋ออุดม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : rattana.t@anamai.mail.go.th</p>																																	

	<p>2. นางสาวภัทยา พิมพาสีดา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255</p> <p>3. นางสาวนวรรตน์ อภิชัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904321</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pattaya.p@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail :nawarat.t@anamai.mail.go.th</p>
--	--	--

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

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน
 ทั้งนี้ ให้นำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย

- ยกระดับคุณภาพบริการ โดยมีการประเมินตนเอง ตามคู่มือ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖
- คัดเลือกการดำเนินงานที่ สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย 1 ประเด็น รวมทั้งต้องสอดคล้องกับประเด็น พขอ. ที่กำหนด เพื่อให้ไม่เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

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 ทิม
ปี 2570 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			5,500 ทิม
วิธีการประเมินผล :	จากระบบขึ้นทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่		
เอกสารสนับสนุน :	ระบบขึ้นทะเบียน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2563 2564 2565
	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ทิม	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.สุฤษดิ์เดช เจริญไชย รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : 087-979-1785 โทรสาร : 0-2590-1938		
	2. นางจรรุณี 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	17. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน
คำนิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 30 กันยายน 2565)</p> <p>หมอประจำตัว 3 คน หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ</p> <p>โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษา และข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ</p> <p>หมอคคนที่ 1 คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8 - 15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคคนที่ 2 และหมอคคนที่ 3</p> <p>หมอคคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล เกษีกร นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชากร 1,250 - 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคคนที่ 1 และหมอคคนที่ 3</p> <p>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</p>

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	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	18. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน
คำนิยาม	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน ทั้งในเขตเมืองและชนบท</p> <p>การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการ สร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result)</p> <p>แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) เป็นต้น</p> <p>เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาคร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อบท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 75,086 แห่ง</p>

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	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน
2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน
3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
6. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ นวัตกรรมสุขภาพ

7. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี
ระดับการพัฒนา

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) 2. เครือข่ายได้รับการถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงาน สุขศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	1. แกนนำสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพ 2. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 45	1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60	1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75

เอกสารสนับสนุน :
 1. แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
 2. แนวทางการประเมิน
 3. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Gate

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ระดับพัฒนาขึ้นไป)	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ 2.7 (2,034 แห่ง)	ร้อยละ 24.64 (18,375 แห่ง)	ร้อยละ 30.34 (22,778 แห่ง)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
 นางรุ่งกานัจน์ รณหงษา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18709 โทรสาร :02 149 5650
 โทรศัพท์มือถือ: 085 484 8618 อีเมลล์ : rungkarn21@gmail.com
 กลุ่มแผนงานและประเมินผล กองสุขภาพศึกษา

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	19. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit 19.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) 19.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit			
คำนิยาม 19.1	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
	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล			
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 = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60 – I69)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 19.1	$(A/B) \times 100$			
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.											
	8.56	ร้อยละ	2563 8.01	2564 8.49										
			2565 8.79											
	หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 13													
คำนิยาม 19.2	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 :	<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>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	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13													
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 19.2	$(A/B) \times 100$													

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.
	73.01	ร้อยละ	2563 2564 2565
			71.95 73.90 73.18
	หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 13		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 08 1843 4502 โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: suchathanc@yahoo.com 2. นางจุฑามารณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 08 7114 9480 โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์		

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 08 7114 9480 โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 2. นายปวิช 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	2. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	20. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 20.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 20.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน)</p> <p>4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report)</p> <p>5. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p>

	<p>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</p> <p>6. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>6.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>6.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต</p>
--	--

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	<p>1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัย ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค</p>
---------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>
-----------------------------	--

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 20.1	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566) คัดจากอัตรา 143 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2022
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 20.2	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ■ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2566 ■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	<p>1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม</p> <p>1.1 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)</p> <p>1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>1.3 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล</p> <p>1.3.1 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13</p> <p>1.3.2 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1- 13</p>

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

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ</p> <p>แนวทางการประเมินผล</p> <p>1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค) ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ในภาพรวมของประเทศ</p> <p>2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ในระดับพื้นที่</p> <p>3 ระดับจังหวัด ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด</p>																
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1.แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564</p> <p>2.โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP)</p>																
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2563¹</th> <th>2564²</th> <th>2565³</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td> <td>85.4</td> <td>85.0</td> <td>80.8</td> </tr> <tr> <td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</td> <td>78.4</td> <td>68.5</td> <td>69.4</td> </tr> </tbody> </table>				2563 ¹	2564 ²	2565 ³	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	85.4	85.0	80.8	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	78.4	68.5	69.4
	2563 ¹	2564 ²	2565 ³														
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	85.4	85.0	80.8														
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	78.4	68.5	69.4														

	<p>หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ</p> <p>ที่มา https://ntip-ddc.moph.go.th</p> <p>¹ผลจากการดำเนินงาน ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563</p> <p>²ผลจากการดำเนินงาน ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564</p> <p>³ผลจากการดำเนินงาน ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565</p>																		
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="480 479 903 562">1. แพทย์หญิงผลิน กมลวันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279</td> <td data-bbox="959 479 1222 517">ผู้อำนวยการกองวัณโรค</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 573 799 611">โทรสาร : 0 2212 1408</td> <td data-bbox="959 573 1358 611">E-mail : drphalin09@gmail.com</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 622 903 705">2. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279</td> <td data-bbox="959 622 1358 660">หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 716 799 754">โทรสาร : 0 2212 1408</td> <td data-bbox="959 672 1318 710">โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 766 903 848">3. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279</td> <td data-bbox="959 766 1262 804">พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 860 799 898">โทรสาร : 0 2212 1408</td> <td data-bbox="959 815 1318 853">โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 909 903 992">4. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279</td> <td data-bbox="959 909 1326 947">นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 1003 799 1041">โทรสาร : 0 2212 1408</td> <td data-bbox="959 963 1318 1001">โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="959 1012 1477 1050">E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com</td> </tr> </table>	1. แพทย์หญิงผลิน กมลวันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279	ผู้อำนวยการกองวัณโรค	โทรสาร : 0 2212 1408	E-mail : drphalin09@gmail.com	2. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน	โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415	3. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760	4. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553		E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com
1. แพทย์หญิงผลิน กมลวันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279	ผู้อำนวยการกองวัณโรค																		
โทรสาร : 0 2212 1408	E-mail : drphalin09@gmail.com																		
2. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน																		
โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415																		
3. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ																		
โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760																		
4. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ																		
โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553																		
	E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com																		
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="520 1106 903 1189">นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279</td> <td data-bbox="959 1106 1326 1144">นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 1200 799 1238">โทรสาร : 0 2212 1408</td> <td data-bbox="959 1155 1318 1193">โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="959 1205 1477 1243">E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com</td> </tr> </table>	นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553		E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com												
นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ																		
โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553																		
	E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com																		
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="480 1249 903 1332">1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279</td> <td data-bbox="959 1249 1358 1288">หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 1344 799 1382">โทรสาร : 0 2212 1408</td> <td data-bbox="959 1299 1318 1337">โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1393 903 1476">2. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279</td> <td data-bbox="959 1393 1262 1431">พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 1487 799 1525">โทรสาร : 0 2212 1408</td> <td data-bbox="959 1447 1318 1485">โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1536 903 1619">3. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279</td> <td data-bbox="959 1536 1326 1574">นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="520 1630 799 1668">โทรสาร : 0 2212 1408</td> <td data-bbox="959 1590 1318 1628">โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="959 1639 1477 1677">E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com</td> </tr> </table>	1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน	โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415	2. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760	3. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553		E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com				
1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน																		
โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415																		
2. นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ																		
โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 081 886 4760																		
3. นางสาวกิตติยาพร ทองแย้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ																		
โทรสาร : 0 2212 1408	โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553																		
	E-mail:kittiyapon.thongyamm@gmail.com																		

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	3. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
ชื่อตัวชี้วัด	21. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด
คำอธิบาย	<p>การขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือเรียกว่า RDU province เป็นการพัฒนาระบบยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้วยกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (six building block plus) โดยรูปแบบการดำเนินการสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่การแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายคือการมีชุมชนสุขภาพดี การมีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชาชนทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น และประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งเป็นการนำมติคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้การพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแก้ปัญหาในชุมชน อย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย (ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเอกสารแนบ)</p>
นิยามปฏิบัติการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้ยาในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์ และยาสำหรับสัตว์ 3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับการวินิจฉัย 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 อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการ และพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน 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 คุ่มค่า 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 ไม่รวม เขตสุขภาพ 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 หรือ โรงพยาบาลที่เทียบเท่า 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	$(A/B) \times 100$				
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 12เดือน
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 มีการพัฒนาและผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการสั่งจ่ายที่กำหนด ดังต่อไปนี้

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

วิธีการประเมินผล**เขตสุขภาพที่ 1-12**

โรงพยาบาล และสจ. 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_Sep%202016.pdf)

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

	<p>2. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/67)</p> <p>3. แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8302)</p> <p>4. แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (https://mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/?cat=18)</p> <p>5. แนวทางการดำเนินการของร้านยา ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 (https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/GPP-02-2561.aspx)</p> <p>6. แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/69)</p> <p>7. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ12.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (https://kbphpp.nationalhealth.or.th/handle/123456789/21521?locale-attribute=th)</p> <p>8. แนวคิดการพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (https://drive.google.com/file/d/1FMsrZumQV0Jr0UuG-pwBynsP3jeiRv0h/view?usp=sharing)</p>										
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data (RDU)</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1" data-bbox="900 1093 1511 1144"> <tr> <td data-bbox="900 1093 1066 1144">2563</td> <td data-bbox="1070 1093 1225 1144">2564</td> <td data-bbox="1230 1093 1511 1144">2565</td> </tr> </table>			2563	2564	2565			
2563	2564	2565									
	<p>ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล (RDU province)</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>ร้อยละ 72.37 ของจังหวัดทั้งหมด (55 จังหวัด) ข้อมูล ณ ไตรมาส 4</p>						
<p>หน่วยงานรับผิดชอบหลัก</p>	<p>หน่วยงานรับผิดชอบหลัก มี 3 หน่วยงาน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 /สรุปข้อมูลภาพรวมการพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล 										
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p>	<p><u>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</u></p> <p>ประเด็นแนวทางพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล/อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล/ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ความปลอดภัยด้านยา</p> <table data-bbox="416 1899 1511 2027"> <tr> <td data-bbox="416 1899 895 1937">1.ภญ.นุชรินทร์ โตมาษา</td> <td data-bbox="900 1899 1511 1937">เภสัชกรชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1944 895 1982">โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155</td> <td data-bbox="900 1944 1511 1982">โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1989 895 2027">โทรสาร : 02-5907341</td> <td data-bbox="900 1989 1511 2027">E-mail : nuchy408@gmail.com</td> </tr> </table> <p>กองนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>					1.ภญ.นุชรินทร์ โตมาษา	เภสัชกรชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155	โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779	โทรสาร : 02-5907341	E-mail : nuchy408@gmail.com
1.ภญ.นุชรินทร์ โตมาษา	เภสัชกรชำนาญการ										
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155	โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779										
โทรสาร : 02-5907341	E-mail : nuchy408@gmail.com										

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	3. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาล/จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	22. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
คำนิยาม	<p>อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด (bacteremia) ที่ติดเชื้อดื้อยา รายละเอียดการติดเชื้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>วิธีการคำนวณ</p> $\frac{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด}}{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}} \times 100$

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)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค. 65) เทียบกับปีปฏิทิน 64 (ม.ค.-ธ.ค.64) หมายเหตุ : โรงพยาบาลเทียบกับข้อมูลของโรงพยาบาลในปีปฏิทินที่ผ่านมา		อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 66 (ม.ค.- มิ.ย.66) เทียบกับปีปฏิทิน 64 (ม.ค.-ธ.ค.64)		
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล				
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 ภาสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 08 9613 3562 โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : gyajjaa@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข 2. นายเอกวัฒน์ อุณหเลขก นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 062 396 5546 โทรสาร : 0 2591 0343 E-mail : aekawat.u@dmsc.mail.go.th กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ญญ.ปณิดา ชมะวรรณ ภาสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 08 9613 3562 โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : gyajjaa@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	23. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน			
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมาหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	< 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	รอบ 12 เดือน
	-	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
ปี 2567:				
	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
ปี 2568:				
	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
ปี 2569:				
	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

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) สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2563	2564
	7.00	1,000 ทารกเกิดมีชีพ	4.21	4.71
	หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.จิรวรรณ อารยะพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038 931 000 โทรศัพท์มือถือ : 081 271 1072 โรงพยาบาลชลบุรี 2. นพ.อดิศักดิ์ ภัฒตาตั้ง ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 09 1818 8585 3. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th 2. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์			

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	24. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>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</p> <p>โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 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) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย

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 :

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 มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับ อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แพ้ยา 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	$(A/B) \times 100$			
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

	<p>Child Health (RPCH), 2018.ที่ https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children’s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf</p> <p>7. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และ กรมการแพทย์</p> <p>8. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf</p> <p>9. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf</p> <p>10. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		baseline data -	หน่วยวัด ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 2564 2565	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. พญ.ชลศณีย์ คล้ายทอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพทมือถือ : 08 1861 3078 E-mail: chonsanee@gmail.com โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ วิทยาลัยการแพทย์</p> <p>2. พญ. เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพทที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพทมือถือ : 08 9422 3466 โทรสาร : 0 2245 7580 E-mail: noiduenpen@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพทที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th</p> <p>2. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพทที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851</p> <p>4. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ วิทยาลัยการแพทย์</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. พญ.ชลศณีย์ คล้ายทอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพทมือถือ : 081-861-3078 E-mail: chonsanee@gmail.com โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ วิทยาลัยการแพทย์</p> <p>2. พญ. เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพทที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพทมือถือ : 089-4223466 โทรสาร : 0 2245 7580 E-mail: noiduenpen@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพทมือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	25. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
คำนิยาม	<p>การบริหารป็นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารป็นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีกรให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 160 ถึง 169</p> <p>คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่าเกิดจากลมอโรคะมาวาตา และลมอุทังคะมาวาตา พัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์, 2542: 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 ถึง U61.19</p> <p>การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การฝังเข็ม 3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง, และยาสหัชธาธา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, 2558) <p>เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>

	<p>1. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I60 - เลือดออกในสมองใหญ่: I61 - เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: I62 - เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I63 - โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไม่ระบุว่าเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I64 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I65 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I66 - โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I67 - โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: I68 - ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I69 <p>2. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์: U61.0 - อัมพาตครึ่งซีก: U61.10 - อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U61.11 - อัมพาตทั้งตัว: U61.12 - อัมพาตเฉพะแขน: U61.13 - อัมพาตเฉพะขา: U61.14 - อัมพาตหน้า: U61.15 - อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18 - อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19 <p>ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ</p> <p>3. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบากว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะตัน (Bowel stroke): U78.115 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะตัน (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117
--	--

	ควบคุมการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู อย่างใดอย่างหนึ่ง 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 ร้อยละ 3	ปีงบประมาณ 67 ร้อยละ 4	ปีงบประมาณ 68 ร้อยละ 5	ปีงบประมาณ 69 ร้อยละ 6	ปีงบประมาณ 70 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 แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	43 แพ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U61.0 ถึง U61.19 และให้หัตถการ (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 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 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	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
	รอบ 3 เดือน -	รอบ 6 เดือน ร้อยละ 2.5	รอบ 9 เดือน -	รอบ 12 เดือน 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
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและการวินิจฉัยโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย I60 - I69 ตามด้วยรหัสโรค 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. นายจักรารัฐ เผือกคง
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647
โทรสาร : 0-2149-5648
สถาบันการแพทย์แผนไทย

ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์มือถือ : 08-7571-5566
E-mail : dr.dokdin@gmail.com

	<p>2. นางบุญใจ ลิมศิลา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : 0-2591-4409</p> <p>สถาบันการแพทย์ไทย-จีน</p> <p>3. นางสาวสิเพร พลอยทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 2702 โทรศัทพ์มือถือ : 09-1780-2488 โทรสาร : -</p> <p>กองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>4. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>5. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน)</p>	<p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 08-1713-6783 E-mail : boonjai@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-1780-2488 E-mail : songsermexpress@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 08-1629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-9245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางอัจฉรา เชียงทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นางสุกัญญา ฉายาขวลิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>3. นายตรีภพ เฉลิมพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-4229-3245 E-mail : angleart3@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08-1931-7833 E-mail : sukanya2556@gmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08-1594-9655 E-mail : treepob.ch@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายตรีภพ เฉลิมพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นางสาวมุสซา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน)</p> <p>3. นายพิสิษฐ์พล นางาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้)</p>	<p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08-1594-9655 E-mail : treepob.ch@gmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 06-4323-5939 E-mail : mande.dtam@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08-7545-4945 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	26. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p>รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p> <p>03 สถานีนามัย สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีนามัยพระราชทานนาม</p> <p>04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน</p> <p>08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล</p> <p>13 ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร <ul style="list-style-type: none"> - การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การทับบ่มเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

	<p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)</p> <p>1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน</p> <p>11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน</p> <p>11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน</p> <p>1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน</p> <p>11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน</p> <p>1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน</p> <p>11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริหารการกักด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน</p> <p>11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)</p> <p>11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)</p> <p>11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น</p> <p>11102 การให้บริการสมาธิบำบัด</p> <p>11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)</p> <p>11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)</p> <p>11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)</p> <p>11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)</p> <p>11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet)</p> <p>11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)</p> <p>11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น</p> <p>11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)</p>
--	--

	<p>11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น</p> <p>11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกาย ด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพที่ดี)</p> <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</p> <p>1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78</p> <p>2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79</p>			
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>				
<p>ปีงบประมาณ 66</p> <p>ร้อยละ 35</p>	<p>ปีงบประมาณ 67</p> <p>ร้อยละ 37</p>	<p>ปีงบประมาณ 68</p> <p>ร้อยละ 39</p>	<p>ปีงบประมาณ 69</p> <p>ร้อยละ 41</p>	<p>ปีงบประมาณ 70</p> <p>ร้อยละ 43</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)</p>			
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p>			
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข</p>			
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>43 แพ้ม (PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)</p>			
<p>รายการข้อมูล 1 (A)</p>	<p>A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18</p> <p>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</p>			
<p>รายการข้อมูล 2 (B)</p>	<p>B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18</p> <p>โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79</p> <p>ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)</p>			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2566:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	ร้อยละ 34	-	ร้อยละ 35	
ปี 2567:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	ร้อยละ 36	-	ร้อยละ 37	
ปี 2568:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	ร้อยละ 38	-	ร้อยละ 39	
ปี 2569:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	ร้อยละ 40	-	ร้อยละ 41	
ปี 2570:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	ร้อยละ 42	-	ร้อยละ 43	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	รพ.สต.	ร้อยละ	2563	2564
			35.96	37.65
				2565
				31.92
				(ณ 16 ก.ค. 65)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายจักรวาล เผือกคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5648 สถาบันการแพทย์แผนไทย ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน นางศรีจรรยา โชติค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน) 			
	<p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 08-7571-5566 E-mail : dr.dokdin@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 08-1629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-9245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>			

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางอัจฉรา เชียงทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นางภาณิศา รักความสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>3. นางสาวจิรนนท์ บรรทัด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09-4229-3245 E-mail : angleart3@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08-1689-6443 E-mail : paniesa06@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08-0778-7085 E-mail : jeeranan.ban1992@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวจิรนนท์ บรรทัด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-2614 โทรสาร : 0-2590-2614 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นางสาวผุสชา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน)</p> <p>3. นายพิสิษฐพล นางาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน (กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้)</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08-0778-7085 E-mail : jeeranan.ban1992@gmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 06-4323-5939 E-mail : mande.dtam@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08-7545-4945 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com</p>

หมวด	2. ดานบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)														
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต														
คำนิยาม	<p>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</p> <p>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>														
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>≥ร้อยละ 80</td> <td>≥ร้อยละ 83</td> <td>≥ร้อยละ 86</td> <td>≥ร้อยละ 89</td> <td>≥ร้อยละ 89</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 83	≥ร้อยละ 86	≥ร้อยละ 89	≥ร้อยละ 89
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 จนถึงปีงบประมาณ 2566 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4														

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

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

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:

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

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	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 มิย.65)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885
โทรสาร : 045-352514 E-mail : pat-ukn@yahoo.com
 - แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352500 โทรศัพท์มือถือ : 080-5989191
โทรสาร : 045-352514 E-mail : info@thaidepression.com
 - นางกมลทิพย์ สงวนรัมย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 099-6953694
โทรสาร : 045-352514 E-mail : info@thaidepression.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	28. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 28.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 28.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี				
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565-วันที่ 30 กันยายน 2566)</p> <p>ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันที 2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน ประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำเนินการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย 6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
≤ 8.0 ต่อประชากร แสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากร แสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากร แสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากร แสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากร แสนคน	

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 โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 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 :	<ol style="list-style-type: none"> ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย 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

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	29. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราตายจาก community-acquired sepsis อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2566 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)

	<p>4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ขึ้นไป</p> <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>										
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>											
<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 26</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 26</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 26</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 26</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 26</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26							
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>										
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ</p>										
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>										
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน</p>										
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) 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)</p>										
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = 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) = 2 ดีขึ้น</p>										
<p>รายการข้อมูล 3</p>	<p>C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10</p>										

	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 ทั้งหมดที่ลงใน 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	$(A+C) / D \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26
ปี 2567:			
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
ปี 2568:			
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

ปี 2569:																	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50														
ปี 2570:																	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50														
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 –13 																
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย คู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>ร้อยละ</td> <td>31.92</td> <td>34.09</td> <td>35.73</td> </tr> </tbody> </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	<ol style="list-style-type: none"> นพ.พจน์ อินทลาภพร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 1612 5891 E-mail : drpojin@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ รองนายแพทย์สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 1596 8535 E-mail : mr.sepsis@yahoo.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 																
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th 																

	<p>3. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>4. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851</p> <p>E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851</p> <p>E-mail : supervision.dms@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564</p> <p>โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	30. Refracture Rate
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากถื่นตรรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ถื่นตรรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกะดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากถื่นตรรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังกะดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังกะดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น</p> <p>การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังกะดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention</p> <p>กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femoral neck S72.0 2. Intertrochanter S72.1 3. Subtrochanter S72.2 <p>กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>6. Distal tibia and ankle S82.3 (Plafond) S82.5 (Medial malleolus) S82.6 (lateral malleolus) S82.8 (lower leg, other)</p> <p>ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัส หัตถการ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตาม การแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ : ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	<p>เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) ให้ดำเนินการโดย ตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูก สะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)</p> <p>องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention</p> <p>หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์</p> <p>ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse) คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล หรือ ผู้ถูกจัดตั้งเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน</p> <p>ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ</p> <p><u>จำเป็นต้องมี</u> ระดับ รพศ./รพท. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู</p> <p>ระดับ รพช. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์</p> <p><u>แนะนำให้มี</u> ระดับ รพศ./รพท. - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p>ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันต แพทย์, จักษุแพทย์</p>
---------------------	--

	<p>ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ</p> <p><u>จำเป็นต้องมี</u> เกสซ์กร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด</p> <p><u>แนะนำให้มี</u> ตัวแทนแผนกโภชนาการ</p> <p><u>หมายเหตุ:</u> แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในนั้น</p> <p>สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิชาญญีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</p> <p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Refracture Prevention</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไป ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการจัดตั้งทีมแพทย์ 2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 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	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2566:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </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						
ปี 2567:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </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						
ปี 2568:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </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						

ปี 2569:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	น้อยกว่าร้อยละ 20	
ปี 2570:				
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
	...	ร้อยละ	1.29	0.48
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงชานันท์ เมธาคิลกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2353 9844 โทรศัพท์มือถือ: 08 1530 0570 โทรสาร: 0 2353 9759 E-mail: sciorthop@gmail.com 2. นายแพทย์ทรงเกียรติ ธนะเจริญพาณิชย์ ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2353 9844 โทรศัพท์มือถือ: 08 5509 1567 โทรสาร: 0 2353 9759 E-mail: Songkiatthana@gmail.com โรงพยาบาลเลิดสิน			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงชานันท์ เมธาคิลกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2353 9844 โทรศัพท์มือถือ: 08 1530 0570 โทรสาร: 0 2353 9759 E-mail: sciorthop@gmail.com 2. นายแพทย์ทรงเกียรติ ธนะเจริญพาณิชย์ ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2353 9844 โทรศัพท์มือถือ: 08 5509 1567 โทรสาร: 0 2353 9759 E-mail: Songkiatthana@gmail.com โรงพยาบาลเลิดสิน 1. 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	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	<p>31. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด</p> <p>31.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>31.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>31.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือ</p> <p>31.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>				
คำนิยาม 31.1	<p>อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>อัตราตายในผู้ป่วย STEMI</p> <p>1. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน และมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p>				
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	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 31.1	$(A/B) \times 100$				
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 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย 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	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย STEMI
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO: I21.0 – I21.3 ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 31.2.1	$(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 31.2.2	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
31.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
31.2.2	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2567:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
31.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
31.2.2	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2568:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
31.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
31.2.2	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2569:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
31.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
31.2.2	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2570:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
31.2.1	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
31.2.2	-	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. คู่มือแนวทางการตรวจנית่างาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิตะระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. พญ.อรพรรณ อนุไพวรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395 โทรสาร : 0 2591 9972 E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. ระบบ Thai ACS Registry โดยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. พญ.อรพรรณ อนุไพวรรณ 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</p>

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>32. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง</p> <p>32.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>32.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy</p> <p>32.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>32.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy</p>
คำนิยาม	<p>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</p> <p>2) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื่อมมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ \geq ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล <p>3) การส่งกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่งกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด</p> <p>4) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่</p>

คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ

5) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชาย และเพศหญิง อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ

6) การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยาย 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)

	<p>*การบันทึกข้อมูล</p> <p>1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx2020 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา</p> <p>2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้</p>																												
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	<p>1. ผู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$</p> <p>2. ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy = $(A_{(CP)} / B_{(CP)}) \times 100$</p> <p>3. ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง = $(A_{(F)} / B_{(F)}) \times 100$</p> <p>4. ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy = $(A_{(CL)} / B_{(CL)}) \times 100$</p>																												
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																												
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2566:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2566</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>					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 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) ได้รับการส่งกล้อง colposcopy	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง 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	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ 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. นายแพทย์สภานต์ บุนนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 08 0453 7036
 2. นางสาวศุภสิริ 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	33. ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73 m ² /yr				
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไต ที่ได้จากการคำนวณจากค่า 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) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน				
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	<ul style="list-style-type: none"> 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 ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p> <p>คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส</p> <p>ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน</p> <p>วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression ($y = mx+b$) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร</p> $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ <p>เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ.วันที่ตรวจ</p>																								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2566:</p> <table border="1" data-bbox="173 1368 1428 1541"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2567:</p> <table border="1" data-bbox="173 1601 1428 1774"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2568:</p> <table border="1" data-bbox="173 1834 1428 2007"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66</td> </tr> </tbody> </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	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																						
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:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66

ปี 2570:

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 :

- คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
- คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
...	ร้อยละ	65.33	65.93	66.37

หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โทรศัพท์มือถือ : 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- นายไพบูลย์ ไวกยี หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ
โทรศัพท์มือถือ : 08 1853 4057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

- พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
- นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564
โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	34. 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 นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020 Thailand
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
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 :

- คู่มือการใช้งาน Vision 2020 Thailand
- คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data (3ปีย้อนหลัง)	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
84.67	ร้อยละ	83.30	86.23	85.68

หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 ต่อ 7172 โทรศัพท์มือถือ : 06 1426 1532
โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

- นายเอกชัย โปธินันทวงศ์ ผู้รับผิดชอบโปรแกรม vision 2020 Thailand
E-mail : aei_ou@msn.com โทรศัพท์มือถือ : 081 9311 186
- กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851
E-mail : supervision.dms@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

- นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 ต่อ 7172 โทรศัพท์มือถือ : 06 1426 1532
โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	35. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)
คำนิยาม	<p>บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง จากร่างผู้บริจาคอวัยวะ</p> <p>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2566 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2565 เป็นตัวหาร)</p>

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	$(A/B) \times 100$ หมายถึง * คำนวณแยกรายเขตสุขภาพ โดยใช้ปี 2565 ในการเทียบเพิ่มขึ้นร้อยละ 20
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2565	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 2565	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก อัตราส่วนในปี 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 และข้อมูลจากสำนักนิติการแพทย์ 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	<p>1. พญ.กรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2206 2900 ต่อ 50139 โทรศัพท์มือถือ : 09 5409 1619 โทรสาร : 0 2354 8188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. พญ.กรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2206 2900 ต่อ 50139 โทรศัพท์มือถือ : 09 5409 1619 โทรสาร : 0 2354 8188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>				

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	36. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)				
คำนิยาม	<p>*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>*การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี</p>				
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 = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่ผ่านระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$													
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 :	<p>สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>45</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> </tr> </table>				ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	40	45	50	55	60
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
40	45	50	55	60										
เอกสารสนับสนุน :														

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด ที่เข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพอย่าง ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย3ปี 53.20)	43.53	57.94	58.19
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์อังกร ภัทรากร ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-331-6106 โทรสาร : E-mail :</p> <p>สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p> <p>2. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ตำแหน่ง : นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-140-3884 โทรสาร : E-mail :</p> <p>สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต</p> <p>3. นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-613052 โทรศัพท์มือถือ : 093-265-4696 โทรสาร : E-mail :</p> <p>โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์</p> <p>4. นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-162-4199 โทรสาร : E-mail :</p> <p>โรงพยาบาลลำปาง</p> <p>5. ดร.ปรีชวิทย์ พรหมจักร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 088-269-2316 โทรสาร : E-mail :</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข - กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - กรมการแพทย์ - กรมสุขภาพจิต 				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายณัฐชัย อัมพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902422 โทรสาร : 02-5901863</p>	<p>ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 086-395-6653 E-mail : tootent2235@gmail.com</p>
	<p>สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p>	
	<p>2. นางณัฐจิณา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740</p>	<p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-927-9829 E-mail :</p>
	<p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>3. นางระเบียบ โตแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 โทรสาร :</p>	<p>ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 092-897-9299 E-mail :</p>	
<p>สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>		
<p>4. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906350 โทรสาร : 02-5918279</p>	<p>ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098-546-3564 E-mail : eva634752@gmail.com</p>	
<p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>		

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	37. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
คำนิยาม	<p>การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p> <p>*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</p> <p>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</p> <p>Intermediate bed คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p>การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ</p>

หมายเหตุ

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	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 - S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 - S14.1, S24.0 - S24.1, S34.0 - S34.1, S34.3
-	Fragility hip fracture	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (Fragility hip fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
-	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	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 :				
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 ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากถื่นทรานซิชันไม่รุนแรง (Fragility hip fracture)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง			
หมายเหตุ	คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด 1. การเข้ารับบริการการบริบาลฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และเยี่ยมบ้าน หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง 2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ กันยายน 2565 - ตุลาคม 2566 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล 4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
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 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

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

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. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (3ปีย้อนหลัง)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	76.89	ร้อยละ	2563	2564	2565
				68.68	79.41
ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข					
*หมายเหตุ: ข้อมูลจากผลตรวจราชการ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565 ณ วันที่ 22 กันยายน 2565					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ศุภศิลาภิ 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 สมิตธิ์นราเศรษฐ์		นายแพทย์ชำนาญการ		
	โทรศัพท์มือถือ : 08 9412 9609		E-mail : tumpotharam@gmail.com		
	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์				
	5. นางสาวมณีรัตน์ หัวหนองหาร		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
	โทรศัพท์มือถือ : 08 7677 6919		E-mail : aom.maneerut@gmail.com		
	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59		โทรสาร : 02 965 9851		
	E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ 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				

ภาคผนวก รายละเอียดตัวชี้วัด การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

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

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

ประเด็น	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward	ผ่าน ¹	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีอย่างน้อย 2 เตียง ○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้)หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีอย่างน้อย 6 เตียง ○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ย อย่างละครึ่ง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 		
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย 		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 - 5 วัน) ○ นักกายภาพบำบัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง) ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี) ○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช (ควรมี) 		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report (1 ครั้ง/สัปดาห์) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report with goal setting ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol (รวมเวลาการฟื้นฟู อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์) 		
5. มีการบริการต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Occupational therapy (ถ้ามี) อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 		
6. มีการบริการต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 		
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament) ²	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัลลูซีน ซี) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (ตัณูซีน ซี) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter 		

ประเด็น	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward	ผ่าน ¹	ไม่ผ่าน
8. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Assistive devices) ²	<input type="radio"/> Shoulder – Bobath sling <input type="radio"/> Plastic AFO <input type="radio"/> One-point cane <input type="radio"/> Tripod or quad cane	<input type="radio"/> Shoulder- Bobath sling <input type="radio"/> Plastic AFO <input type="radio"/> Cane: One-point cane, tripod cane, quad cane <input type="radio"/> Wheelchair		
สรุปการประเมิน IMC bed/ward <input type="checkbox"/> ผ่าน หมายถึง ผ่านทุกข้อ (ข้อ 1-8) <input type="checkbox"/> ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6 ส่วนข้อ 7-8 มีแผนการพัฒนา <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6				

หมายเหตุ: 1. ต้องมีการดำเนินการ**ทุกรายการ**ในแต่ละข้อ จึงจะถือว่าผ่านในแต่ละข้อนั้น ๆ (ไม่นับรวมรายการที่ระบุ *ถ้ามี/ควรมี*)

2. ข้อ 7 – 8 หากรายการใดไม่มีบริการในโรงพยาบาลระดับ M และ F แต่มีการบริหารจัดการภายในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ถือว่าผ่าน

แผนการพัฒนา ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก 2 IPD care protocol

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

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

*หมายเหตุ นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแทน

Team Meeting Report

รพ.

วันที่.....เวลา.....

ชื่อ.....	ตึก.....
HN.....	AN.....

สรุปประเด็น	
การเตรียมบ้าน หรือ ปรับสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> เตียงผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ประสานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน..... <input type="checkbox"/> ที่นอนลม <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> วัสดุอุปกรณ์.....

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

แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)	
<input type="checkbox"/> Doctor (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> Plan admit เพื่อฟื้นฟูอีกครั้ง <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> PT (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> ฝึกต่อแบบ OPD case <input type="checkbox"/> Home program / สอนญาติ <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ รพ.สต. / PCC / HHC
<input type="checkbox"/> Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
<input type="checkbox"/> Nutritionist (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
<input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทย (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

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

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)							
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)							
โครงการที่	16. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery							
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ							
ชื่อตัวชี้วัด	38. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery							
คำนิยาม	<p>การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทันทีหลังการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>กลุ่มโรค</th> <th>รหัสโรค (ICD-10 2010) / รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)</td> <td> ICD -10 2010 : - ICD -9- CM 2010 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or Prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy </td> </tr> </tbody> </table>		ลำดับ	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) / รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	1	โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)	ICD -10 2010 : - ICD -9- CM 2010 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or Prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
ลำดับ	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) / รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)						
1	โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)	ICD -10 2010 : - ICD -9- CM 2010 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or Prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy						

	2	โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)	ICD -10 2010 : - ICD -9- CM 2010 : 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
	3	โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)	ICD -10 2010 : - ICD -9- CM 2010 : 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids
	4	ภาวะเลือดออก ผิดปกติจากมดลูก (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	หลอดเลือดดำใน หลอดอาหาร และ กระเพาะอาหารโป่ง พอง (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	ภาวะหลอดอาหาร ตีบ (Esophageal stricture)	ICD -10 2010 : - ICD -9- CM 2010 : 42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
	7	โรคมะเร็งหลอด อาหารระยะลุกลามที่ อุดตัน (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	ติ่งเนื้ออวัยวะใหญ่ (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	ภาวะท่อน้ำดีอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)	ICD -10 2010 : C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis

		<p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct</p> <p>52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube</p> <p>52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct</p>
13	<p>สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)</p>	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>T18.1 Foreign body in oesophagus</p> <p>T18.2 Foreign body in stomach</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision</p> <p>98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision</p>
14	<p>การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision with graft)</p>	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>H11.0 Pterygium</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>11.31 Transposition of pterygium</p> <p>11.32 Excision of pterygium with corneal graft</p> <p>11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva</p>
15	<p>การทำหมันหญิง (Female sterilization)</p>	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>Z30.2 Sterilization</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes</p> <p>66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes</p> <p>66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes</p> <p>Pomeroy operation</p> <p>66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes</p> <p>Female sterilization operation NOS</p>
16	<p>การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)</p>	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>S42.1 Fracture of scapula</p> <p>S42.2 Fracture of upper end of humerus</p> <p>S42.3 Fracture of shaft of humerus</p> <p>S42.4 Fracture of lower end of humerus</p> <p>S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus</p> <p>S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm</p> <p>S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified</p> <p>S52.0 Fracture of upper end of ulna</p> <p>S52.1 Fracture of upper end of radius</p> <p>S52.2 Fracture of shaft of ulna</p> <p>S52.3 Fracture of shaft of radius</p> <p>S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius</p> <p>S52.5 Fracture of lower end of radius</p> <p>S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius</p>

		<p>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</p> <p>ICD -9- CM 2010 : 78.1 Application of external fixator device</p>
17	ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)	<p>ICD -10 2010 : K60.3 Anal fistula</p> <p>ICD -9- CM 2010 : 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy</p>
18	ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)	<p>ICD -10 2010 : K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischioanal abscess K61.4 Intrasphincteric abscess</p> <p>ICD -9- CM 2010 : 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue</p>
19	ฝีเต้านม (Breast abscess)	<p>ICD -10 2010 : N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth</p> <p>ICD -9- CM 2010 : 85.0 Mastotomy</p>
20	นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)	<p>ICD -10 2010 : N21.0 Calculus in bladder</p> <p>ICD -9- CM 2010 : 57.0 Transurethral clearance of bladder</p>

	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 หรือแผลปริที่ ขอบทวาร (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	ความผิดปกติของ อวัยวะที่ได้รับการตัด ลูกอัณฑะ (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	<p>การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก และการผ่าตัด (Hysteroscopy) เพื่อรักษาความผิดปกติ ของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน</p>	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>D07.0 Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs : Endometrium</p> <p>D25.0 Submucous leiomyoma of uterus</p> <p>D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus</p> <p>D26 Other benign neoplasms of uterus</p> <p>D26.0 Cervix uteri</p> <p>D26.1 Corpus uteri</p> <p>D26.7 Other parts of uterus</p> <p>D26.9 Uterus, unspecified</p> <p>D39.0 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of female genital organs : Uterus</p> <p>N71.0 Acute inflammatory disease of uterus</p> <p>N80.0 Endometriosis of uterus</p> <p>N80.1 Endometriosis of ovary</p> <p>N80.9 Endometriosis, unspecified</p> <p>N84 Polyp of female genital tract</p> <p>N84.0 Polyp of corpus uteri</p> <p>N84.1 Polyp of cervix uteri</p> <p>N84.2 Polyp of vagina</p> <p>N84.3 Polyp of vulva</p> <p>N84.8 Polyp of other parts of female genital tract</p> <p>N84.9 Polyp of female genital tract, unspecified</p> <p>N85 Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix</p> <p>N85.0 Endometrial glandular hyperplasia</p> <p>N85.1 Endometrial adenomatous hyperplasia</p> <p>N85.2 Hypertrophy of uterus</p> <p>N85.3 Subinvolution of uterus</p> <p>N85.4 Malposition of uterus</p> <p>N85.5 Inversion of uterus</p> <p>N85.6 Intrauterine synechiae</p> <p>N85.7 Haematometra</p> <p>N85.8 Other specified noninflammatory disorders of uterus</p> <p>N85.9 Noninflammatory disorder of uterus, unspecified</p> <p>N91 Absent, scanty and rare menstruation</p> <p>N92 Excessive, frequent and irregular menstruation</p> <p>N93 Other abnormal uterine and vaginal bleeding</p> <p>N94 Pain and other conditions associated with female genital organs and menstrual cycle</p> <p>N95 Menopausal and other perimenopausal disorders</p> <p>N96 Habitual aborter</p> <p>N97 Female infertility</p> <p>N98 Noninflammatory disorders of female genital tract</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>68.12 Hysteroscopy</p>	
--	----	--	---	--

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

		<p>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</p> <p>ICD -9- CM 2010 : 85.21 Local excision of lesion of breast</p>
29	<p>ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Simple Mastectomy)</p>	<p>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</p> <p>ICD -9- CM 2010 : 85.41 Unilateral simple mastectomy</p>
30	<p>การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast Conservative Surgery)</p>	<p>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</p>

		<p>D05.1 Intraductal carcinoma in situ</p> <p>D05.7 Other carcinoma in situ of breast</p> <p>D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>85.22 Resection of quadrant of breast</p> <p>85.23 Subtotal mastectomy</p>
31	ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>Q38.1 Ankyloglossia</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>25.91 Lingual frenotomy</p> <p>25.92 Lingual frenectomy</p> <p>27.91 Labial frenectomy</p>
32	การตัดนิ้วเท้าในแผล เบาหวานและเนื้อ ตายที่เท้า (Diabetic foot With gangrene)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>กลุ่มที่ 1</p> <p>Pdx :</p> <p>E10.4 Insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ</p> <p>E11.4 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ</p> <p>E12.4 Malnutrition-related diabetes mellitus with neurological complications หรือ</p> <p>E13.4 Other specified diabetes mellitus with neurological complications หรือ</p> <p>E14.4 Unspecified diabetes mellitus with neurological complications</p> <p>และ Sdx :</p> <p>I79.2* Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>Pdx :</p> <p>E10.5 Insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>E11.5 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>E12.5 Malnutrition-related diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>E13.5 Other specified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>E14.5 Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>I74.3 Embolism and thrombosis of arteries of lower extremities</p> <p>กลุ่มที่ 3</p> <p>Pdx :</p> <p>L02.4 Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of limb หรือ</p> <p>L03.0 Cellulitis of finger and toe หรือ</p> <p>L03.1 Cellulitis of other parts of limb</p> <p>และ Sdx :</p>

		<p>E10.9 Insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ</p> <p>E11.9 Non-insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ</p> <p>E12.9 Malnutrition-related diabetes mellitus Without complications หรือ</p> <p>E13.9 Other specified diabetes mellitus Without complications หรือ</p> <p>E14.9 Unspecified diabetes mellitus Without complications</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>84.11 Amputation of toe</p>
33	การปลูกถ่ายผิวหนัง ใน Granulation Wound	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>M79.8 Other specified soft tissue disorders</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>86.60 Free skin graft, not otherwise specified</p> <p>86.66 Homograft to skin</p> <p>86.69 Other skin graft to other sites</p>
34	การทำผ่าตัดเส้น เลือดขอด (Varicose vein)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>I83.0 Varicose veins of lower extremities with ulcer</p> <p>I83.1 Varicose veins of lower extremities with inflammation</p> <p>I83.2 Varicose veins of lower extremities with both ulcer and inflammation</p> <p>I83.9 Varicose veins of lower extremities without ulcer or inflammation</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>38.59 Ligation and stripping of varicose veins LOWER LIMB</p> <p>38.89 Other surgical occlusion of vessels</p>
35	การขลิบผิวหนังหุ้ม ปลายอวัยวะเพศชาย (Phimosis, Paraphimosis)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>N47 Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>64.0 Circumcision</p>
36	การผ่าตัดนิ่วและการ อุดตันของทางเดิน ปัสสาวะ (Obstructive uropathy)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>N13.0 Hydronephrosis with ureteropelvic junction obstruction</p> <p>N13.1 Hydronephrosis with ureteral stricture, not elsewhere classified</p> <p>N13.2 Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction</p> <p>N13.3 Other and unspecified hydronephrosis</p> <p>N13.4 Hydroureter</p> <p>N13.5 Kinking and stricture of ureter without hydronephrosis</p> <p>N13.6 Pyonephrosis</p> <p>N13.7 Vesicoureteral-reflux-associated uropathy</p> <p>N13.8 Other obstructive and reflux uropathy</p> <p>N13.9 Obstructive and reflux uropathy, unspecified</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>55.03 Percutaneous nephrostomy without fragmentation</p>

		55.04 Percutaneous nephrostomy with fragmentation
37	การผ่าตัดเส้นเลือด ขอคบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)	ICD -10 2010 : I86.1 Scrotal varices ICD -9- CM 2010 : 63.1 Excision of varicocele and hydrocele of spermatic cord
38	การผ่าตัดปะแก้วหู เพื่อรักษาหูชั้นกลาง (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	การผ่าตัดเพื่อรักษา เนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx hypopharynx base of tongue)	ICD -10 2010 : D14 Benign neoplasm of middle ear and respiratory system D14.1 Larynx D14.2 Trachea 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	การผ่าตัดเพื่อการรักษา โรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)	ICD -10 2010 : J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates' ICD -9- CM 2010 : 21.87 Other rhinoplasty
41	การผ่าตัดรักษาโรค เกี่ยวกับต่อมบาร์โธ ลิน (Cyst/abscess of Bartholin's gland) (ถุงน้ำบาร์โธ ลิน หรือถุงหนองต่อม บาร์โธลิน)	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	การตัดติ่งเนื้อหรือ เนื้องอกในโพรง มดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri) (เนื้องอก กล้ามเนื้อมดลูกใน โพรงมดลูก และติ่ง เนื้อเยื่อโพรงมดลูก)	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	การส่องกล้องใส่สาย ให้อาหารทางหน้า ท้อง (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	การส่องกล้องใช้เข็ม เจาะดูดชิ้นเนื้อ บริเวณตับอ่อนนำ ทางด้วยกล้องคลื่น เสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) pancreas]	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
45	การส่องกล้องใช้เข็ม เจาะดูดชิ้นเนื้อ บริเวณตับนำทางด้วย กล้องคลื่นเสียง ความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic	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

	ultrasound-guided fine needle biopsy) liver]	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	การฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (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	การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อรักษาพยาธิสภาพที่กล่องเสียง (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	การวางสายเพื่อการล้างไตในช่องท้อง (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

			<p>14.00 Removal of foreign body from posterior segment of eye, not otherwise specified</p> <p>14.01 Removal of foreign body from posterior segment of eye with use of magnet</p> <p>14.02 Removal of foreign body from posterior segment of eye without use of magnet</p> <p>14.11 Diagnostic aspiration of vitreous + 14.74 Other mechanical vitrectomy</p> <p>14.19 Other diagnostic procedures on retina, choroids, vitreous, and posterior chamber + 14.74 Other mechanical vitrectomy</p> <p>14.21 Destruction of chorioretinal lesion by diathermy</p> <p>14.22 Destruction of chorioretinal lesion by cryotherapy</p> <p>14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation (ต้องมี ICD10 เป็น H35.1)</p> <p>14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation + 14.74 Other mechanical vitrectomy</p> <p>14.25 Destruction of chorioretinal lesion by photocoagulation of unspecified type + 14.74 Other mechanical vitrectomy</p> <p>14.26 Destruction of chorioretinal lesion by radiation therapy</p> <p>14.27 Destruction of chorioretinal lesion by implantation of radiation source</p> <p>14.29 Other destruction of chorioretinal lesion</p> <p>14.31 Repair of retina tear by diathermy</p> <p>14.32 Repair of retina tear by cryotherapy</p> <p>14.34 Repair of retina tear by laser photocoagulation + 14.74 Other mechanical vitrectomy</p> <p>14.35 Repair of retina tear by photocoagulation of unspecified type + 14.74 Other mechanical vitrectomy</p> <p>14.39 Other repair of retinal tear + 14.74 Other mechanical vitrectomy</p> <p>14.41 Scleral buckling with implant</p> <p>14.49 Other scleral buckling</p> <p>14.51 Repair of retinal detachment with diathermy</p> <p>14.52 Repair of retinal detachment with cryotherapy</p> <p>14.54 Repair of retinal detachment with laser photocoagulation</p> <p>14.55 Repair of retinal detachment with photocoagulation of unspecified type</p> <p>14.6 Removal of surgically implanted material from posterior segment of eye</p> <p>14.72 Other removal of vitreous</p> <p>14.74 Other mechanical vitrectomy</p> <p>14.75 Injection of vitreous substitute + 14.74 Other mechanical vitrectomy</p> <p>14.79 Other operations on vitreous (กรณีฉีดยา Anti AVGF เข้าวุ้นตา ต้องมี 99.25 หรือ 99.28 ร่วมกับ 14.74 Other mechanical vitrectomy)</p>	
--	--	--	---	--

		14.9 Other operations on retina, choroids, and posterior chamber
53	การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปได้เยื่อぶตา (Trabeculectomy)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>H40.1 Primary open-angle glaucoma</p> <p>H40.2 Primary angle-closure glaucoma</p> <p>H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma</p> <p>H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation</p> <p>H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders</p> <p>H40.6 Glaucoma secondary to drugs</p> <p>H40.8 Other glaucoma</p> <p>H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-t, E72.0t)</p> <p>H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73t)</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>12.64 Trabeculectomy ab externo</p>
54	การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปได้เยื่อぶตา (Tube shunt surgery)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>H40.1 Primary open-angle glaucoma</p> <p>H40.2 Primary angle-closure glaucoma</p> <p>H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma</p> <p>H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation</p> <p>H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders</p> <p>H40.6 Glaucoma secondary to drugs</p> <p>H40.8 Other glaucoma</p> <p>H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-t, E72.0t)</p> <p>H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73t)</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>12.69 Other fistulizing procedure</p> <p>(ถ้า ICD9CM 2015 ใช้ 12.67 Insertion of aqueous drainage device)</p>
55	การผ่าตัดเข้าตา (Orbital surgery)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>H05.1 Chronic inflammatory disorders of orbit IOI (idiopathic orbital inflammation)</p> <p>H44.1 Other endophthalmitis Non-infectious</p> <p>H44.5 Degenerated conditions of globe</p> <p>C69.0 Malignant neoplasm of choroid</p> <p>C69.4 Malignant neoplasm of ciliary body</p> <p>C69.6 Malignant neoplasm of orbit</p> <p>C69.9 Malignant neoplasm of eye, unspecified</p> <p>D31.5 Benign neoplasm of orbit, unspecified</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>16.22 Diagnostic aspiration of orbit</p> <p>16.23 Biopsy of eyeball and orbit</p> <p>16.31 Removal of ocular contents with synchronous implant into scleral shell</p> <p>16.39 Other evisceration of eyeball</p> <p>16.41 Enucleation of eyeball with synchronous implant into Tenon's capsule with attachment of muscles</p>

		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) (เพื่อการรักษา เท่านั้น)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>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</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>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</p>

		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	การผ่าตัดแก้มักไขหนัง ตาห้อย (Rhytidectomy/ Blepharoplasty) (เฉพาะกรณีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพื่อการรักษา เท่านั้น)	ICD -10 2010 : H02.3 Blepharochalasis / Dermatochalasis ICD -9- CM 2010 : 08.87 Upper eyelid rhytidectomy 08.70 Reconstruction of eyelid, NOS Eyebrow lift
59	การผ่าตัดโดยวิธีการ ฉายแสงเพื่อเสริม ความแข็งแรงของ กระจกตา (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	การยิงเลเซอร์ทำลาย ซิลิอาร์บอดี (Cyclophotocoagu lation)	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	ผ่าตัดทำลายเยื่อบุตา และผ่าตัดตัดแต่งเยื่อ บุตา (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	โรคนิ่วในถุงน้ำดีและ หรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic	ICD -10 2010 : K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis

		gallstone/Cholecystitis)	<p>K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis</p> <p>K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis</p> <p>K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis</p> <p>K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis</p> <p>K80.8 Other cholelithiasis</p> <p>K81.0 Acute cholecystitis</p> <p>K81.1 Chronic cholecystitis</p> <p>K81.8 Other cholecystitis</p> <p>K81.9 Cholecystitis, unspecified</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>DRGs.</p> <p>07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC</p>
63	การผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง เซนต์เนล (Sentinel lymph node biopsy : SLNB)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>C50 Malignant neoplasm of breast</p> <p>C50.0 Nipple and areola</p> <p>C50.1 Central portion of breast</p> <p>C50.2 Upper-inner quadrant of breast</p> <p>C50.3 Lower-inner quadrant of breast</p> <p>C50.4 Upper-outer quadrant of breast</p> <p>C50.5 Lower-outer quadrant of breast</p> <p>C50.6 Axillary tail of breast</p> <p>C50.8 Overlapping lesion of breast</p> <p>C50.9 Breast, unspecified</p> <p>D05 Carcinoma in situ of breast</p> <p>D05.0 Lobular carcinoma in situ</p> <p>D05.1 Intraductal carcinoma in situ</p> <p>D05.7 Other carcinoma in situ of breast</p> <p>D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>40.23 Excision of axillary lymph node</p> <p>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</p> <p>40.51 Radical excision of axillary lymph nodes</p>	
64	การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection: ALND2)	<p>ICD -10 2010 :</p> <p>C50 Malignant neoplasm of breast</p> <p>C50.0 Nipple and areola</p> <p>C50.1 Central portion of breast</p> <p>C50.2 Upper-inner quadrant of breast</p> <p>C50.3 Lower-inner quadrant of breast</p> <p>C50.4 Upper-outer quadrant of breast</p> <p>C50.5 Lower-outer quadrant of breast</p> <p>C50.6 Axillary tail of breast</p> <p>C50.8 Overlapping lesion of breast</p> <p>C50.9 Breast, unspecified</p>	

		<p>D05 Carcinoma in situ of breast</p> <p>D05.0 Lobular carcinoma in situ</p> <p>D05.1 Intraductal carcinoma in situ</p> <p>D05.7 Other carcinoma in situ of breast</p> <p>D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>40.23 Excision of axillary lymph node</p> <p>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</p> <p>40.51 Radical excision of axillary lymph nodes</p>
65	<p>การตรวจวินิจฉัยช่องท้องโดยการส่องกล้อง ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ และหรือการเก็บน้ำในช่องท้องส่งตรวจ</p> <p>(Diagnostic laparoscopy with peritoneal lavage for cytology and /or with biopsy)</p>	<p>ICD10 -</p> <p>ICD -9- CM 2010 :</p> <p>54.24 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of intra-abdominal mass</p> <p>54.25 Peritoneal lavage Diagnostic peritoneal lavage</p>

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	<ol style="list-style-type: none"> ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ลดระยะเวลาการคอยผ่าตัดสั้นลง ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 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 = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>*หมายเหตุ การคำนวณต่างจากปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น Hernia เป็นหัตถการที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ</p> $\frac{A}{B} \times 100$ <p>A = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery B = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2566:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30						
ปี 2567:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40						
ปี 2568:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50						
ปี 2569:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50						
ปี 2570:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50						
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry								
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักงานิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 								

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																											
โครงการที่	16.โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery																											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ																											
ชื่อตัวชี้วัด	39. ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่างๆในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)																											
คำนิยาม	<p>การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า 1 แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวิดีโอที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการหัตถการแบบทำยกรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้</p> <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 rowspan="10">1</td> <td rowspan="10">โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/Cholecystitis)</td> <td>ICD-10</td> <td rowspan="10">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>K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis</td> </tr> <tr> <td>K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis</td> </tr> <tr> <td>K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis</td> </tr> <tr> <td>K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis</td> </tr> <tr> <td>K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis</td> </tr> <tr> <td>K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis</td> </tr> <tr> <td>K80.8 Other cholelithiasis</td> </tr> <tr> <td>K81.0 Acute cholecystitis</td> </tr> <tr> <td>K81.1 Chronic cholecystitis</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">2</td> <td rowspan="5">โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกและรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)</td> <td>ICD-10</td> <td rowspan="5">13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC</td> </tr> <tr> <td>D25.0 Submucous leiomyoma of uterus</td> </tr> <tr> <td>D25.1 Intramural leiomyoma of uterus</td> </tr> <tr> <td>ICD-9</td> </tr> <tr> <td>-</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	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	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	2	โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกและรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)	ICD-10	13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC	D25.0 Submucous leiomyoma of uterus	D25.1 Intramural leiomyoma of uterus	ICD-9	-
ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่มDRGs version 5																									
1	โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/Cholecystitis)	ICD-10	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																									
		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																										
2	โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกและรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)	ICD-10	13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC																									
		D25.0 Submucous leiomyoma of uterus																										
		D25.1 Intramural leiomyoma of uterus																										
		ICD-9																										
		-																										

			<p>D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus</p> <p>D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified</p> <p>D26.0 Cervix uteri</p> <p>D26.1 Corpus uteri</p> <p>D26.7 Other parts of uterus</p> <p>D26.9 Uterus, unspecified</p> <p>D27 Benign neoplasm of ovary</p> <p>N80.0 Endometriosis of uterus</p> <p>N80.1 Endometriosis of ovary</p> <p>N80.2 Endometriosis of fallopian tube</p> <p>N83.0 Follicular cyst of ovary</p> <p>N83.1 Corpus luteum cyst</p> <p>N83.2 Other and unspecified ovarian cysts</p> <p>N83.3 Acquired atrophy of ovary and fallopian tube</p> <p>N83.4 Prolapse and hernia of ovary and fallopian tube</p> <p>N83.5 Torsion of ovary, ovarian pedicle and fallopian tube</p> <p>N83.6 Haematosalpinx</p> <p>N83.7 Haematoma of broad ligament</p> <p>N83.8 Other noninflammatory disorders of ovary, fallopian tube and broad ligament</p> <p>N83.9 Noninflammatory disorder of ovary, fallopian tube and broad ligament, unspecified</p> <p>ICD-9 -</p>	
3	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer)	ICD-10	<p>C180 Malignant neoplasm of colon, caecum</p> <p>C181 Malignant neoplasm of colon, appendix</p> <p>C182 Malignant neoplasm of colon, ascending colon</p> <p>C183 Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure</p>	06030 Major small & large bowel procedure, no CC

			<p>C184 Malignant neoplasm of colon, transverse colon</p> <p>C185 Malignant neoplasm of colon, splenic flexure</p> <p>C186 Malignant neoplasm of colon, descending colon</p> <p>C187 Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon</p> <p>C188 Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon</p> <p>C189 Malignant neoplasm of colon, unspecified</p> <p>C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction</p> <p>C20 Malignant neoplasm of rectum</p> <p>ICD-9</p> <p>17.35 Laparoscopic left hemicolectomy</p> <p>17.36 Laparoscopic sigmoidectomy</p> <p>17.33 Laparoscopic right hemicolectomy</p>	
4	<p>ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก (Tumor, Hemothorax and Emphysema thoracis)</p>	<p>ICD-10</p> <p>C34 Malignant neoplasm of bronchus and lung</p> <p>C34.0 Main bronchus</p> <p>C34.1 Upper lobe, bronchus or lung</p> <p>C34.2 Middle lobe, bronchus or lung</p> <p>C34.3 Lower lobe, bronchus or lung</p> <p>C34.8 Overlapping lesion of bronchus and lung</p> <p>C34.9 Bronchus or lung, unspecified</p> <p>D38 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of middle ear and respiratory and intrathoracic organs</p> <p>D38.1 Trachea, bronchus and lung</p> <p>D38.2 Pleura</p> <p>D38.3 Mediastinum</p>	<p>04010 Major chest procedures, no CC</p>	

		<p>J85.0 Gangrene and necrosis of lung</p> <p>J85.1 Abscess of lung with pneumonia</p> <p>J85.2 Abscess of lung without pneumonia</p> <p>J86.0 Pyothorax with fistula</p> <p>J86.9 Pyothorax without fistula</p> <p>J94.2 Haemothorax</p> <p>S27.1 Traumatic haemothorax</p> <p>S27.2 Traumatic haemopneumothorax</p> <p>S27.3 Other injuries of lung</p> <p>ICD-9</p> <p>32.30 Thoracoscopic segmental resection of lung</p> <p>32.41 Thoracoscopic lobectomy of lung</p> <p>32.50 Thoracoscopic pneumonectomy of lung</p> <p>34.06 Thoracoscopic drainage of pleural cavity</p> <p>34.52 Thoracoscopic decortication of lung</p>	
5	ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาด และการบาดเจ็บของ หมอนรองกระดูก (ACL & Meniscal injury)	<p>ICD-10</p> <p>M23.2 Derangement of meniscus due to old tear or injury</p> <p>M23.5 Chronic instability of knee</p> <p>M23.9 Internal derangement of knee, unspecified</p> <p>S83.27 torn medial meniscus</p> <p>S83.28 torn lateral meniscus</p> <p>S83.51 Sprain of anterior cruciate ligament of knee</p> <p>M23.3 Other meniscus derangements</p> <p>M24.4 Recurrent dislocation and subluxation of joint</p> <p>S83.1 Dislocation of knee</p> <p>S83.7 Injury to multiple structures of knee (Injury to (lateral) (medial) meniscus in</p>	08120 Knee procedures except replacement, no CC

			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	
6	การบิดของรังไข่หรือเนื้องอกที่รังไข่ โรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ที่รังไข่ (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 65.41 Laparoscopic unilateral salpingo-oophorectomy 65.76 Laparoscopic salpingo-oophoroplasty	13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC	
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	06100 Inguinal & femoral hernia procedure age > 14, no CC	

			<p>17.12 Laparoscopic repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>17.13 Laparoscopic repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified</p> <p>17.21 Laparoscopic bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>17.22 Laparoscopic bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>17.23 Laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis</p> <p>17.24 Laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified</p>	
8	ภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity)	<p>ICD-10</p> <p>E66.8 Other obesity Morbid obesity</p> <p>ICD-9</p> <p>44.68 Laparoscopic gastroplasty</p> <p>44.95 Laparoscopic gastric restrictive procedure</p> <p>44.96 Laparoscopic revision of gastric restrictive procedure</p> <p>44.97 Laparoscopic removal of gastric restrictive device(s)</p>	10059 OR procedures for obesity, w or wo CC	
9	การผ่าตัดไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Nephrectomy)	<p>ICD-10</p> <p>C64 Malignant neoplasm of kidney, except renal pelvis</p> <p>C65 Malignant neoplasm of renal pelvis</p> <p>C66 Malignant neoplasm of ureter</p> <p>C79.0 Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis</p> <p>D30.0 Benign neoplasm of Kidney</p> <p>D30.1 Benign neoplasm of renal pelvis</p>	11030 Kidney, ureter and maj bladder proc for neop, no CC	

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

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

			<p>C57.7 Malignant neoplasm of Other specified female genital organs</p> <p>C57.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of female genital organs</p> <p>C57.9 Malignant neoplasm of Female genital organ, unspecified</p> <p>C58 Malignant neoplasm of placenta</p> <p>C76.3 Malignant neoplasm of Pelvis</p> <p>ICD-9</p> <p>65.11 Aspiration biopsy of ovary</p> <p>65.12 Other biopsy of ovary</p> <p>65.19 Other diagnostic procedures on ovaries</p> <p>65.21 Marsupialization of ovarian cyst</p> <p>65.22 Wedge resection of ovary</p> <p>65.29 Other local excision or destruction of ovary</p> <p>66.11 Biopsy of fallopian tube</p> <p>66.19 Other diagnostic procedures on fallopian tubes</p>	
12	การผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัสด้วยกล้องเอ็นโดสโคป(Endoscopic sinus surgery using microdebrider)	<p>ICD-10</p> <p>J01.0 Acute maxillary sinusitis</p> <p>J01.1 Acute frontal sinusitis</p> <p>J01.2 Acute ethmoidal sinusitis</p> <p>J01.3 Acute sphenoidal sinusitis</p> <p>J01.4 Acute pansinusitis</p> <p>J01.8 Other acute sinusitis</p> <p>J01.9 Acute sinusitis, unspecified</p> <p>J32.0 Chronic maxillary sinusitis</p> <p>J32.1 Chronic frontal sinusitis</p> <p>J32.2 Chronic ethmoidal sinusitis</p> <p>J32.3 Chronic sphenoidal sinusitis</p> <p>J32.4 Chronic pansinusitis</p>	<p>03050 Minor nose & sinus procedures, no CC</p> <p>03160 sinus procedures, no CC</p>	

		<p>J32.8 Other chronic sinusitis</p> <p>J32.9 Chronic sinusitis, unspecified</p> <p>J33.0 Polyp of nasal cavity</p> <p>J33.1 Polypoid sinus degeneration</p> <p>J33.8 Other polyp of sinus</p> <p>J33.9 Nasal polyp, unspecified</p> <p>J34.1 Cyst and mucocele of nose and nasal sinus</p> <p>J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates</p> <p>Q30.0 Congenital malformations of Choanal atresia</p> <p>ICD-9</p> <p>22.41 Frontal sinusotomy</p> <p>22.42 Frontal sinusectomy</p> <p>22.50 Sinusotomy, not otherwise specified</p> <p>22.51 Ethmoidotomy</p> <p>22.52 Sphenoidotomy</p> <p>22.53 Incision of multiple nasal sinuses</p> <p>22.60 Sinusectomy, not otherwise specified</p> <p>22.62 Excision of lesion of maxillary sinus with other approach</p> <p>22.63 Ethmoidectomy</p> <p>22.64 Sphenoidectomy</p> <p>21.30 Excision or destruction of lesion of nose, not otherwise specified</p> <p>21.31 Local excision or destruction of intranasal lesion</p> <p>21.32 Local excision or destruction of other lesion of nose</p> <p>21.5 Submucous resection of nasal septum</p> <p>21.69 Other turbinectomy</p>	
13	การผ่าตัดต่อมหมวกไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Adrenalectomy)	<p>ICD-10</p> <p>E24.0 Pituitary-dependent Cushing's disease</p> <p>E24.1 Nelson's syndrome</p>	10020 Adrenal procedures wo sig CCC

			<p>E24.2 Drug-induced Cushing's syndrome</p> <p>E24.3 Ectopic ACTH syndrome</p> <p>E24.4 Alcohol-induced pseudo-Cushing's syndrome</p> <p>E24.8 Other Cushing's syndrome</p> <p>E24.9 Cushing's syndrome, unspecified</p> <p>E26.0 Primary hyperaldosteronism</p> <p> Conn's syndrome</p> <p>C74.1 Malignant neoplasm of Medulla of adrenal gland</p> <p>ICD-9</p> <p>07.3 Bilateral adrenalectomy</p> <p>07.22 Unilateral adrenalectomy</p>	
14	<p>การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Appendectomy) (เฉพาะในผู้ป่วย BMI.> 35 และ Uncertain Dx. In Female)</p>	<p>ICD-10</p> <p>K35.2 Acute appendicitis with generalized peritonitis</p> <p>K35.3 Acute appendicitis with localized peritonitis</p> <p>K35.8 Acute appendicitis, other and unspecified</p> <p>ICD-9</p> <p>47.01 Laparoscopic appendectomy</p>	06290 Laparoscopic appendectomy wo sig CCC	
15	<p>การผ่าตัดลำไส้ตรงผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic low anterior resection) หรือ ผ่าตัดลำไส้ตรงและทวารหนักออกผ่านกล้องทางหน้าท้อง [Laparoscopic abdomino-perineal resection (APR)] สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ (Colorectal CA)</p>	<p>ICD-10</p> <p>C18.0 Malignant neoplasm of colon, caecum</p> <p>C18.1 Malignant neoplasm of colon, appendix</p> <p>C18.2 Malignant neoplasm of colon, ascending colon</p> <p>C18.3 Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure</p> <p>C18.4 Malignant neoplasm of colon, transverse colon</p> <p>C18.5 Malignant neoplasm of colon, splenic flexure</p> <p>C18.6 Malignant neoplasm of colon, descending colon</p> <p>C18.7 Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon</p>	06040 Rectal resection, no CC	

			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	
โดยการ Re-admit ภายใน 1 เดือน มีสาเหตุที่เกี่ยวกับการผ่าตัด MIS เช่น delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI				

เกณฑ์เป้าหมาย :

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 จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอีกเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
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 :

- คู่มือข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563
- คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)
- คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักงานทิศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
-	ร้อยละ	-	0.04	0.18

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283
โทรสาร : 0 2591 8264
E-mail: kityimpan@gmail.com

โรงพยาบาลมหานาค กรุงเทพมหานคร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000
โทรสาร : 0 4423 5000
E-mail: wibunphantha@yahoo.co.th

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- นพ.วิบูลย์ ภัณฑชาติกรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3458 7800
โทรสาร : 0 3458 7800
E-mail: wibunphantha@yahoo.co.th

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

- นางสาวปรียานุช เรืองงาม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285
โทรสาร : 0 2591 8276
E-mail: mai_preeyanut@hotmail.com

กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวปริญานุช เรืองงาม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285	โทรศัพท์มือถือ : 08 6375 0869
	โทรสาร : 0 2591 8276	E-mail: mai_preeyanut@hotmail.com
	กองวิชาการแพทย์ 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	17. โครงการกัญชาทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>40. ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>40.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>40.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>40.3 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>40.3.1 หน่วยงานตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์</p> <p>40.3.2 หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต)</p>
	<p>1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ</p> <p>2. หน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>4. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>5. ยา กัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา</p> <p>6. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5)</p> <p>7. งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการด้วยกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการเผยแพร่หรือการนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการหรือตีพิมพ์ในวารสาร โดยเป็นผลงานจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นผลงานที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่นับสะสมในแต่ละปี</p> <p>8. การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนาให้เป็นระบบโดยกำหนดกิจกรรม อาทิเช่น การศึกษาดูงาน, เวทีเสวนา, การจัดอบรม, หรืองานประจำสู่งานวิจัย (R2R)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย					
รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息疗法的	ร้อยละ 5	ร้อยละ 7	ร้อยละ 10	ร้อยละ 12	ร้อยละ 15
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息疗法的	เพิ่มขึ้นร้อยละ 50	เพิ่มขึ้นร้อยละ 60	เพิ่มขึ้นร้อยละ 70	เพิ่มขึ้นร้อยละ 80	เพิ่มขึ้นร้อยละ 90
จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑息疗法的ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ ครั้ง	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ ครั้ง	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ ครั้ง	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ ครั้ง	1. งานวิจัยอย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ เรื่อง 2. มีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และเขตสุขภาพ ๒ ครั้ง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิก姑息疗法的 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการคลินิก姑息疗法的 3. เพื่อส่งเสริมศักยภาพการทำงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑息疗法的				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิก姑息疗法的				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. รวบรวมจากการส่งข้อมูลผ่านสถาบัน姑息疗法的				
แหล่งข้อมูล	1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. สถาบัน姑息疗法的				
รายการข้อมูล 1	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息疗法的 A1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息疗法的				

	<p>ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> <p>A2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566</p> <p>จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑療法ทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>C = จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑療法ทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ และหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต)</p>			
รายการข้อมูล 2	<p>ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> <p>B1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)</p> <p>ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> <p>B2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564</p>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>43.1 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> <p>= $(A1/B1) \times 100$</p> <p>43.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> <p>= $(A2-B2/B2) \times 100$</p> <p>43.3.1 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑療法ทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์</p> <p>= C1</p> <p>43.3.2 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน姑療法ทางการแพทย์ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (12 เขต)</p> <p>= C2</p>			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2566				
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
1. มีการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์	1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ร้อยละ 3	1. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 30	1.1 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ร้อยละ 5	

	<p>2. นายแพทย์กรฤช ลีสมมติ ผู้อำนวยกาการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพทที่ทำงาน: 0-2590-1755 โทรศัพทมือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. เกสัซกรหญิงกนกรพร ชนะค้ำ เกสัซกรเชี่ยวชาญ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-590-1501 โทรศัพทมือถือ : 065-351-4429 E-mail : kan699@yahoo.com</p> <p>สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>4. ดร.เกสัซกรหญิง ผกากรอง ขวัญข้าว เกสัซกรชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-590-1501 โทรศัพทมือถือ : 087-247-6333 E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com</p> <p>สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. แพทย์หญิงปัจฉิมา หลอมประโคน โทรศัพทที่ทำงาน 02-590-1501 โทรศัพทมือถือ : 089-423-0222 E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com</p> <p>สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยกาการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพทที่ทำงาน : 0-2590-1634 โทรศัพทมือถือ : 089-8296254 โทรสาร : 0-2590-1631 E-mail :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. เกสัซกรหญิงกนกรพร ชนะค้ำ เกสัซกรเชี่ยวชาญ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-590-1501 โทรศัพทมือถือ : 065-351-4429 E-mail : kan699@yahoo.com</p> <p>สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวจุฑารัตน์ วาอุทศน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 0-2580-1637 โทรศัพทมือถือ : โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail :Jutharat2019.phdb@gmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 0-2580-1637 โทรศัพทมือถือ : โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. แพทย์หญิงบุษกร โลหารจุน ผู้อำนวยกาการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ โทรศัพทที่ทำงาน : 0-2590-6245 โทรศัพทมือถือ : 081-707-1976 โทรสาร : 0-2965-9844 E-mail : bloharjun@gmail.com</p>

กรมการแพทย์

4. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-8207 โทรศัพท์มือถือ : 089-666-7553
โทรสาร : 0-2149-5533 Email : burinsura@hotmail.com

กรมสุขภาพจิต

5. เกศษกรหญิงสุชีรา วีระदनัยวงศ์ เกศษกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1501 โทรศัพท์มือถือ : 085-136-1639
โทรสาร : - E-mail : Buriramfda@gmail.com

สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6. เกศษกรหญิงชลธิชา จึงมั่นคง เกศษกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1501 โทรศัพท์มือถือ : 092-361-9929
โทรสาร : - E-mail : choltichafdabr@gmail.com

สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

7. นางมาลา สร้อยสำโรง
ผู้อำนวยการสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 063-203-8957
โทรสาร : - E-mail : malachsoi2@gmail.com

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

8. นางสาวอรปภา จันทรหอม เกศษกรปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 092-249-8331
โทรสาร : - E-mail : pornthip.phar23@gmail.com

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 จันทโรชิตี 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	41. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)														
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดการบริการ 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</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>“ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ12	น้อยกว่าร้อยละ 12
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ12	น้อยกว่าร้อยละ 12											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดการบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทัวถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 														

	<p>1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION</p> <p>1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT</p> <p>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>																																								
แหล่งข้อมูล	<p>1. มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>																																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง																																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																																								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2566:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2567:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2568:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2569:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2570:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </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	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	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																																						
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																																						
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 :	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด</p> <p>2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง</p> <p>3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต</p>																																								

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)														
แผนที่	7.การพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	42. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน														
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 26.5</td> <td>ร้อยละ 28</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 32</td> <td>ร้อยละ 34</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 26.5	ร้อยละ 28	ร้อยละ 30	ร้อยละ 32	ร้อยละ 34
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 26.5	ร้อยละ 28	ร้อยละ 30	ร้อยละ 32	ร้อยละ 34											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) <p>โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมดของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวง</p>														

	สาธารณสุข โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS นำเข้าสู่ระบบ health KPI
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 26.5	ร้อยละ 27	ร้อยละ 27.5	ร้อยละ 28

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
28.5	29	29.5	30

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
30.5	31	31.5	32

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
32.5	33	33.5	34

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
34.5	35	35.5	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 วิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการ ที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	373,487	338,487	354,516
	ร้อยละ	ร้อยละ	24.59	25.98	26.11

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสุนันทา ทองพัฒน์ ผู้จัดการกลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600 โทรศัพท์มือถือ : 0924421669</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>โทรสาร : 028721603 E-mail : sunanta.t@niems.go.th 2. นางสาวทักษิณา วงศ์ใหญ่ พนักงานปฏิบัติการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600 โทรศัพท์มือถือ : 0859371669</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>โทรสาร : 028721603 E-mail : taksina.w@niems.go.th สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	43. 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
	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 23	น้อยกว่าร้อยละ 23
				ปีงบประมาณ 70
				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	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2566:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25
ปี 2567:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25
ปี 2568:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 23	น้อยกว่าร้อยละ 23	น้อยกว่าร้อยละ 23

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	1. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	44. ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชนุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใด ๆ จากแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บ และจำเป็นต้องได้รับการรักษา</p> <p>ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา</p> <p>ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจนที่พระบรมวงศ์วงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา</p> <p>จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด</p> <p>การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ของจังหวัด หมายถึง กลไกการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชนุเคราะห์ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การสนับสนุน ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรักษา บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยมีการดำเนินการ 5 ระดับ ดังนี้</p> <p><u>ระดับที่ 1</u> มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชนุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด</p> <p><u>ระดับที่ 2</u> คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ</p> <p><u>ระดับที่ 3</u> ขยายการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ</p>

	<p>ระดับที่ 4 คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ระดับที่ 5 มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้ง que ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรรักษา หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม</p> <p>การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้ง que ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรรักษา โดยผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกำกับ ควบคุมดูแลโดยสำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
--	---

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	<p>1) เพื่อติดตามการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ</p> <p>2) เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1) ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์</p> <p>2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วยตามนัด หรือทุกครั้ง que ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรรักษา หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม
แหล่งข้อมูล	<p>1) โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม</p> <p>2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>
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 9เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 60
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 70
ปี 2568:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 80
ปี 2569:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 90
ปี 2570:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			≥ ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล :	<p>1) รวบรวม และวิเคราะห์ผลจากการรายงานข้อมูลการรักษาติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม</p> <p>2) สำนักโครงการพระราชดำริฯ ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย สุ่มลงตรวจเยี่ยมการดำเนินงานของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด</p> <p>3) มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ (ถ้ามี)</p>		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2563 2564 2565
	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	- - -
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. นางสาวพิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย ผู้อำนวยการสำนักโครงการพระราชดำริฯ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1064 โทรศัพท์มือถือ : 081 879 9977</p> <p>โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : pimradasiri1773@gmail.com</p> <p>สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ</p>		

	<p>2. นางนภาเพ็ญ จันได ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 081 953 1963 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : ninkumhange@hotmail.com</p> <p>สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>นางสาวเนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 087 743 2643 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : netchanok@moph.mail.go.th</p> <p>สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางนภาเพ็ญ จันได ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 081 953 1963 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : ninkumhange@hotmail.com</p> <p>สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ</p> <p>2. นางสาวอังคณา วงศ์กา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 095 873 7456 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : aungkana1406@gmail.com</p> <p>สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางสาวพิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย ผู้อำนวยการสำนักโครงการพระราชดำริฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1064 โทรศัพท์มือถือ : 081 879 9977 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : pimradasiri1773@gmail.com</p> <p>สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ</p>

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	45. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด
คำนิยาม	<p>สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง สถานที่ประกอบกิจการที่ดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพพร้อมกับการท่องเที่ยวที่มีแรงจูงใจหรือจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งที่มีบัญญัติไว้ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือที่ยังไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะ โดยมีขอบเขตที่ตั้งที่ชัดเจน มีการดำเนินงานโดยผู้ประกอบการที่เป็นบุคคล หรือนิติบุคคลในกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์ บริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ยกเว้น การประกอบกิจการโดยสถาบันศาสนา และการจัดบริการส่งตรงถึงผู้บริโภค (Direct to Customer, DTC)</p> <p>ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง กระบวนการส่งเสริม พัฒนา ให้สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเข้าสู่ระบบหรือได้รับการรับรองมาตรฐานบริการ หรือแนวทางปฏิบัติของการให้บริการที่บัญญัติไว้โดยคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ หรือคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพที่ตรงตามความต้องการ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สมประโยชน์ รวมทั้งสนับสนุนให้ระบบนิเวศธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันของประเทศ ส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีและได้รับความเชื่อมั่นจากนักเดินทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ</p> <p>สถานพยาบาลศักยภาพสูง หมายถึง สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล รวมทั้งการประกอบกิจการที่เข้าข่ายทางการแพทย์ที่อยู่ในระหว่างการขออนุญาตเป็นสถานพยาบาล ที่มีกระบวนการจัดบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ผสมผสาน มีแผนการพัฒนาบริการทางการแพทย์ก้าวหน้า การแพทย์แม่นยำ การแพทย์เฉพาะบุคคล มีเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ รวมทั้งบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ที่กฎหมายบัญญัติไว้ให้สามารถจัดบริการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สมประโยชน์ และมีคุณภาพบริการที่ดีเยี่ยมได้รับการยอมรับในระดับมาตรฐานสากล ตลอดจนมีระบบการบริหารจัดการภายในที่ดี มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถทางการแพทย์เฉพาะทางตามสาขาที่จัดบริการแก่ประชาชนอย่างเพียงพอ โดยให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและยกระดับการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันได้อย่าง</p>

	<p>ยั่งยืนในระยะยาว</p> <p>สถานประกอบการศักยภาพสูง หมายถึง สถานประกอบการตามกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และการประกอบการที่เข้าข่ายกิจการเพื่อสุขภาพที่อยู่ในระหว่างการขออนุญาตเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด โดยสถานประกอบการจะต้องดำเนินการจัดสถานประกอบการให้ได้มาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่มีกระบวนการจัดบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวม (Holistic Care) การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยมีแผนการพัฒนาบริการรูปแบบใหม่ที่กฎหมายบัญญัติไว้ให้สามารถจัดบริการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สมประโยชน์ และมีคุณภาพบริการที่ดีเยี่ยมได้รับการยอมรับในระดับมาตรฐานสากล ตลอดจนมีระบบการบริหารจัดการภายในที่ดี มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถตามสาขาที่จัดบริการแก่ประชาชนอย่างเพียงพอ โดยให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและยกระดับการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด 2. เพื่อให้สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในเมืองใหญ่ เมืองท่องเที่ยว เขตพัฒนาพิเศษ ระเบียงเศรษฐกิจต่างๆ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - การขึ้นทะเบียน/ขอเพิ่มบริการสุขภาพในสถานพยาบาล/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - รวบรวมความรู้ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ - รายงานการประชุม บันทึกการประชุม ระดับคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ หรือ คณะกรรมการ - ประมวลความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลกองสถานพยาบาลฯ / กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับ มาตรฐานตามที่กำหนด $= (A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. รวบรวมข้อมูล ความรู้ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 2. สืบหาข้อมูลกลุ่มการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 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 และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพใน ระดับเศรษฐกิจฐานราก	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 อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 5. พัฒนากลไกเสริมสร้างเครือข่าย อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	1. จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อ การเพิ่มจำนวนของจำนวนสถาน ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่ กำหนด 2. อัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ของ สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 3. ร้อยละความรู้ที่เพิ่มขึ้นของ ประชาชนด้านอุตสาหกรรม การแพทย์ครบวงจรและการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 4. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา เครือข่ายอุตสาหกรรมการแพทย์ ครบวงจร และการท่องเที่ยวเชิง 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 9เดือน	รอบ 12เดือน

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :

เกณฑ์การประเมิน

- 1) เป็นสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด มีศักยภาพในการแข่งขันในระดับประเทศและนานาชาติ
- 2) ได้รับการรับรองคุณภาพในระดับสากล หรือเกณฑ์คุณภาพที่เป็นที่ยอมรับในประเทศ ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 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

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

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางสาวงามเนตร เอี่ยมนาคะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 021937000 ต่อ 18405 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : ngamnetr@gmail.com กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นายประวิทย์ เกตุทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 081937044 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : hss.evaluation2@Gmail.com กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	9.อุตสาหกรรมกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย				
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	46. ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น				
คำนิยาม	<p>ศูนย์เวลเนส (Wellness Center) หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นศูนย์เวลเนสตามประเภทการประเมิน 5 ประเภท ได้แก่</p> <p>1) สถานประกอบการประเภทที่พักนักท่องเที่ยว 2) ประเภทภัตตาคารหรือร้านอาหาร 3) ประเภทสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) ประเภทสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ และ 5) ประเภทสถานพยาบาล</p> <p>แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง แหล่งท่องเที่ยวที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร</p> <p>การยกระดับแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรม/การประเมินตามเกณฑ์การยกระดับสถานประกอบการ/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับเครือข่ายเป็นผู้กำหนด</p> <p>การสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร หมายถึง การสร้างความหลากหลาย และการแสดงอัตลักษณ์ถิ่น วัฒนธรรมชุมชน เพื่อเพิ่มมูลค่าบริการและสินค้าจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร</p>				
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	<p>1. เพื่อยกระดับสถานประกอบการ 5 ประเภทให้เป็นศูนย์เวลเนส และพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ รองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั่วประเทศให้เกิดความเชื่อมั่นในกลุ่มนักท่องเที่ยว</p> <p>2. เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มด้านการท่องเที่ยวต่อเศรษฐกิจในระดับชุมชน และเป็นเป้าหมายของการท่องเที่ยวระดับโลก</p> <p>3. เพื่อสร้างภาพลักษณ์และประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพของประเทศ</p>				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สถานประกอบการ 5 ประเภท ได้แก่ 1) สถานประกอบการประเภทที่พักนักท่องเที่ยว 2) ประเภทภัตตาคารหรือร้านอาหาร 3) ประเภทสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) ประเภทสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ และ 5) ประเภทสถานพยาบาล 2. แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลโดยศูนย์เวลเนส (Wellness Center) และกองสมุนไพรมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระปกเกล้า			
แหล่งข้อมูล	1. กองการแพทย์ทางเลือก และกองสมุนไพรมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระปกเกล้า 2. https://thaicam.go.th/wellness-center/			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานประกอบการ 5 ประเภทที่ได้รับการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปีงบประมาณที่ผ่านมา			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการ 5 ประเภทที่ได้รับการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปีงบประมาณปัจจุบัน			
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/ถ่ายทอดโครงการให้แก่ผู้เกี่ยวข้องที่สนใจทั่วประเทศ เข้ารับการประเมินเพื่อยกระดับให้เป็นศูนย์เวลเนสและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ ผ่านระบบออนไลน์ (กรม.พท.) 2. จัดทำ Brand “Thainess” เพื่อยกระดับสถานประกอบการ	1. มีหลักสูตรผู้ตรวจประเมินศูนย์เวลเนส (กรม.พท.) 2. จัดอบรมหลักสูตรผู้ตรวจประเมินเพื่อสร้างผู้ประเมินส่วนกลางและจังหวัด (กรม.พท.) 3. มีหน่วยงานเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรผู้ตรวจประเมิน (สสจ.)	1. ประเมินสถานประกอบการที่สมัครเข้ารับการประเมินเพื่อยกระดับให้เป็นศูนย์เวลเนส (กรม.พท., สสจ.) 2. ลงพื้นที่เพื่อให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาต่อยอดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ร่วมกับเครือข่าย (กรม.พท., สสจ.)	1. มอบใบประกาศให้กับสถานประกอบการ และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ ที่ได้รับการรับรอง จำนวน 36 แห่ง (กรม.พท.) 2. ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการประกอบการด้านธุรกิจ

Wellness Center และ แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ฯ (กรม.พท. บูรณาการ สบส. ททท. กรมการ ท่องเที่ยว) 3. ประชาสัมพันธ์ให้สถาน ประกอบการ และแหล่ง ท่องเที่ยวฯ เข้ารับการ ประเมินเพื่อยกระดับและ สร้างความมั่นใจแก่ นักท่องเที่ยว (สสจ.)	4. ประเมินสถาน ประกอบการที่สมัครเข้ารับ การประเมิน เพื่อยกระดับ ให้เป็นศูนย์เวลเนส (กรม.พท., สสจ.) 5. จังหวัด/แหล่งท่องเที่ยว เชิงสุขภาพฯ เข้าร่วมและ ประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่ กำหนด		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 :	1. เกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนส กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. หลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	30 แห่ง	จำนวน	-	-	30 แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางมณฑกา อีร์ชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609		ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โทรศัพท์มือถือ : 06-5395-3914 E-mail : th.herbalcity@gmail.com		

หมวด	3.ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)																																							
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ																																							
ชื่อตัวชี้วัด	47. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ																																							
คำนิยาม	<p>1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชนและให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขตสุขภาพ</th> <th>จำนวนจังหวัด</th> <th>จังหวัด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> <td>ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> <td>กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>8</td> <td>นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>8</td> <td>กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>8</td> <td>จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>4</td> <td>กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>7</td> <td>นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>4</td> <td>ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>5</td> <td>ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>7</td> <td>กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>7</td> <td>นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด</p> <p>3. ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ณ วันที่ 1 ต.ค. 65 ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงานดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่างและตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุง การรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ <u>โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี</u> เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่น ตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อน ไปเขตสุขภาพอื่น หรือที่กำหนดอัตราตั้งใหม่ ฯลฯ</p> <p>4. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข</p>	เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด	1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	2	5	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท	4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก	5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี	6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ	7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร	11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี	12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง
เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด																																						
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน																																						
2	5	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์																																						
3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท																																						
4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก																																						
5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี																																						
6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ																																						
7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด																																						
8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี																																						
9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์																																						
10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร																																						
11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี																																						
12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง																																						

เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐเร่งรัดการบริหารอัตราว่างให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปี ตามมติ ครม. เรื่อง รายงานสรุปภาพรวมการบริหารกำลังคนของส่วนราชการในฝ่ายพลเรือนและแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2565 ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ ดังนี้

4.1 มีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง มีการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และการกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเปลี่ยนชื่อตำแหน่งในสายงาน (ตำแหน่งในสายงานแพทย์และสายงานที่เกี่ยวข้องกับงานบริการทางการแพทย์ ว11/2562) และการเร่งรัดให้หน่วยงานดำเนินการสรรหาและเลือกสรรตำแหน่งว่างพนักงานราชการ

4.2 มีการดำเนินการตามแผน หมายถึง การดำเนินการตามข้อ 4.1 แผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย โดยการคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และการกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็นตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ 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
ตำแหน่งว่าง เป้าหมายคงเหลือไม่ เกินร้อยละ 4 (≥ 10 เขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่าง เป้าหมายคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 11 เขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่าง เป้าหมายคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4 (12 เขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่าง เป้าหมายคงเหลือไม่ เกินร้อยละ 3 (≥ 9 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)	ตำแหน่งว่าง เป้าหมายคงเหลือไม่ เกินร้อยละ 3 (≥ 10 เขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์)

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

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1410 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 1421 E-mail : sansernx@gmail.com 2. นางมัธยัสต์ เหล่าสุรสุนทร รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2080 โทรศัพท์มือถือ : - 3. นางสาวเสาวลักษณ์ ฉิมจาด รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1069 โทรศัพท์มือถือ : -
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. กลุ่มงานอัตรากำลัง นางจิตติภรณ์ จันทร์สุตร นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1356 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : E-mail : teamhr_teamhr@hotmail.com 2. กลุ่มงานบริหารและพัฒนารูปแบบการจ้างงานทางเลือก นางสาวอรพิน ทองสมนึก นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2081 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : E-mail : nok_orapin@hotmail.co.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล 1. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1348 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 1344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com 2. นายดำรงค์เดช ด้วงเงิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1344 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 1344 E-mail : hrss.group2@gmail.com

หมวด	3.ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)				
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	<p>48. หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ/กรม)</p> <p>48.1 หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด</p> <p>48.2 หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับเขตสุขภาพ</p> <p>48.3 หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับกรม</p>				
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานมีการพัฒนาคนให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และมีการทำงานเป็นทีม</p> <p>ความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย 9 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพกายดี (Happy Body) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติน้ำใจดี (Happy Heart) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) มิติครอบครัวดี (Happy Family) มิติสังคมดี (Happy Society) มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money) และมิติการงานดี (Happy Work-Life) รวมทั้งมิติความผูกพัน (Happy Engagement) และมิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Happy Work Life Balance) โดยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
	- ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (2 แห่ง)	- ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (3 แห่ง)	- ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (4 แห่ง)	- ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (5 แห่ง)	- ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (6 แห่ง)
	- ระดับเขตสุขภาพ (2 แห่ง)	- ระดับเขตสุขภาพ (3 แห่ง)	- ระดับเขตสุขภาพ (4 แห่ง)	- ระดับเขตสุขภาพ (5 แห่ง)	- ระดับเขตสุขภาพ (6 แห่ง)
	- ระดับจังหวัด (2 แห่ง)	- ระดับจังหวัด (3 แห่ง)	- ระดับจังหวัด (4 แห่ง)	- ระดับจังหวัด (5 แห่ง)	- ระดับจังหวัด (6 แห่ง)
วัตถุประสงค์	<p>1) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ให้บรรลุเป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข”</p> <p>2) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1) ส่วนกลาง: กรม/เทียบเท่ากรม</p> <p>2) ส่วนภูมิภาค: สำนักงานเขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)</p>				

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 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความพึงพอใจบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข	-	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 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข	-	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/สสอ. 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 เวชภัณฑ์เกษิษฐ์ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901393 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : -				

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส				
ระดับการแสดงผล	ส่วนกลาง				
ชื่อตัวชี้วัด	49. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA				
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองมากยิ่งขึ้นใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	92	94	94	94	95
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม 2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มารับบริการ ประชาชน และสังคมมีส่วนร่วมในการประเมินมากขึ้น 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 17 หน่วยงาน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 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																								
	-	- ลงทะเบียนเข้าใช้งานในระบบ ITAS - นำเข้าข้อมูลในระบบ ITAS	- สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษา ดำเนินการตรวจและให้คะแนน ประมวลผลคะแนน วิเคราะห์ผลและให้ข้อเสนอแนะ	- สำนักงาน ป.ป.ช. ประกาศผลคะแนน ITA (เดือนกันยายน 2566) - ศปท. สธ. รายงานผลคะแนนในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ 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) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85)																											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (17 หน่วยงาน)																											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100 / B$																											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4																											
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566 : <table border="1" data-bbox="159 1608 1414 1733"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>92</td> </tr> </tbody> </table> ปี 2567 : <table border="1" data-bbox="159 1798 1414 1924"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>94</td> </tr> </tbody> </table> ปี 2568 : <table border="1" data-bbox="159 1989 1414 2114"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>94</td> </tr> </tbody> </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	-	-	-	94	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																									
-	-	-	92																									
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 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)

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

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)			
แผนที่	11.การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	1.โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	50. ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน			
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ส่วนราชการ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันพระบรมราชชนก</p> <p>หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า หน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	82	84	86	88
				ปีงบประมาณ 70
				90
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประกอบด้วย ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>1. ข้อมูลจากการรายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ได้แก่ ส่วนราชการ จำนวน 10 ส่วนราชการ และหน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>ซึ่งส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะต้องแนบเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการควบคุมภายในมาให้ครบถ้วนทุกกลุ่มงานผ่านระบบสารสนเทศในการกำกับติดตาม และประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</p> <p>2. ระบบสารสนเทศในการกำกับติดตาม และประเมินผลระบบการควบคุมภายใน จะทำการประมวลและรายงานผลตัวชี้วัดเป็นรายส่วนราชการและหน่วยงาน รายจังหวัด รายเขตสุขภาพ และภาพรวมของทั้งประเทศ</p> <p>3. กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง จะทำการสรุปผลการประเมินเสนอต่อผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องทราบ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน</p>
แหล่งข้อมูล	<p>ประกอบด้วย ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนราชการ จำนวน 10 ส่วนราชการ 2. หน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการตรวจสอบ และผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่ได้รับการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A / B) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน</p>

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
<p>1. พิจารณาทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมานำมาปรับปรุงพัฒนา องค์ความรู้ในรูปแบบสื่อออนไลน์ ทั้งด้านทฤษฎี การฝึกปฏิบัติการควบคุมภายใน เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปพัฒนา</p>	<p>78</p>	<p>80</p>	<p>82</p>

<p>ระบบการควบคุมภายในให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลรวมทั้งช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากความผิดพลาด ความสิ้นเปลืองสูญเสียเปล่าของการใช้ทรัพยากร หรือการกระทำอันเป็นการทุจริต</p> <p>2. พัฒนาแบบประเมิน ผลระบบการควบคุมภายใน สำหรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่วนราชการ (IA 01) - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (IA 02) - โรงพยาบาล (IA 03) <p>เพื่อเป็นการส่งเสริมให้หน่วยรับตรวจมีการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ดี มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล</p> <p>3. พัฒนาคู่มือการตรวจสอบ และประเมินผลระบบ การควบคุมภายใน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานของกลุ่มตรวจสอบภายใน ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>4. พัฒนาระบบสารสนเทศในการกำกับติดตาม ประเมิน ผลระบบการควบคุมภายใน ให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมกับเกณฑ์ การประเมิน เพื่อให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมกำกับติดตาม การปฏิบัติงานจากผลการประเมินได้มากยิ่งขึ้น</p>				
--	--	--	--	--

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. พิจารณาบททวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระดับการควบคุมภายใน ของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. จัดทำแบบประเมินความเพียงพอของแต่ละองค์ประกอบ และหลักการควบคุมภายใน (COSO 2013) ให้สอดคล้องสัมพันธ์กับความเป็นจริงเพื่อให้มั่นใจว่าส่วนราชการและหน่วยงาน มีระบบการควบคุมภายใน ที่เพียงพอเหมาะสม สามารถ บรรลุวัตถุประสงค์ และ เป้าหมายที่กำหนด</p> <p>3. ปรับปรุงระบบสารสนเทศในการกำกับติดตาม ประเมิน ผลการควบคุมภายใน ให้สอดคล้องสัมพันธ์ตามเกณฑ์การประเมินและความต้องการใช้งานของผู้บริหารผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>4. จัดทำหลักสูตรการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ได้แก่</p> <p>4.1 หลักสูตรสำหรับ ผู้รับผิดชอบ ผู้เกี่ยวข้อง โดยมี เนื้อหาเจาะเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย ในแต่ละระดับของผลการประเมิน การควบคุมภายใน</p> <p>4.2 หลักสูตรการเป็นทีมที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงเพื่อให้ความรู้ ควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงานสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</p>	80	82	84

5. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภายในผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Zoom หรือ Webex)			
--	--	--	--

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. พิจารณาบททวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระดับการควบคุมภายในของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. จัดทำระบบการเรียนรู้เกี่ยวกับการควบคุมภายใน (e-Learning) โดยมีการทดสอบก่อนและหลังเรียน รวมทั้งมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>3. จัดเก็บประวัติการอบรมและนำข้อมูลการเรียนรู้ตามข้อ 2 มาประมวลผลและวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับผลการประเมินจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ของแต่ละส่วนราชการและหน่วยงาน เพื่อนำมากำหนดแนวทางหรือวิธีการตรวจสอบควบคู่กับการพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบมากยิ่งขึ้น</p> <p>4. พัฒนาคู่มือการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานของกลุ่มตรวจสอบภายใน รวมทั้งเป็นแนว</p>	82	84	86

<p>ทางการปฏิบัติงานของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการควบคุมภายในที่ดี</p>			
--	--	--	--

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. พิจารณาทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระดับการควบคุมภายในของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. จัดทำเกณฑ์การคัดเลือกหน่วยงานต้นแบบ</p> <p>3. สร้างหน่วยงานต้นแบบการควบคุมภายในที่ดี จำนวน 5 หน่วยงานต่อปี</p> <p>4. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนต้นแบบที่ดีของการดำเนินการควบคุมภายใน และให้รางวัลส่วนราชการหรือหน่วยงานต้นแบบในการดำเนินการควบคุมภายในเป็นรายปี</p>	84	86	88

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. พิจารณาทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระดับการควบคุมภายในของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	86	88	90

<p>2. สร้างหน่วยงานต้นแบบการควบคุมภายในที่ดี จำนวน 5 หน่วยงานต่อปี</p> <p>3. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนต้นแบบที่ดีของการดำเนินการควบคุมภายใน และให้รางวัล ส่วนราชการหรือหน่วยงานต้นแบบในการดำเนินการควบคุมภายในเป็นรายปี</p>			
--	--	--	--

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยประเมินตามเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="497 698 1455 2042"> <thead> <tr> <th data-bbox="497 698 635 766">ระดับ</th> <th data-bbox="635 698 1264 766">เกณฑ์การประเมิน</th> <th data-bbox="1264 698 1455 766">คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="497 766 635 990">1</td> <td data-bbox="635 766 1264 990">มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อยของส่วนราชการ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</td> <td data-bbox="1264 766 1455 990">เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="497 990 635 1594">2</td> <td data-bbox="635 990 1264 1594">มีการรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในโดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปก. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปก. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปก. 5) ทุกระดับ 4. รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปก. 6) </td> <td data-bbox="1264 990 1455 1594">เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="497 1594 635 1765">3</td> <td data-bbox="635 1594 1264 1765">มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยทุกระดับให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา</td> <td data-bbox="1264 1594 1455 1765">เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="497 1765 635 2042">4</td> <td data-bbox="635 1765 1264 2042">มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมทั้งประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบลดลงทุกปี</td> <td data-bbox="1264 1765 1455 2042">เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	1	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อยของส่วนราชการ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน	2	มีการรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในโดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปก. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปก. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปก. 5) ทุกระดับ 4. รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปก. 6) 	เท่ากับ 1 คะแนน	3	มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยทุกระดับให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา	เท่ากับ 1 คะแนน	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมทั้งประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบลดลงทุกปี	เท่ากับ 1 คะแนน
ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน														
1	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อยของส่วนราชการ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน														
2	มีการรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในโดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปก. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปก. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปก. 5) ทุกระดับ 4. รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปก. 6) 	เท่ากับ 1 คะแนน														
3	มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยทุกระดับให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา	เท่ากับ 1 คะแนน														
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมทั้งประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบลดลงทุกปี	เท่ากับ 1 คะแนน														

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="497 114 635 394">5</td> <td data-bbox="635 114 1268 394"> <p>มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</p> </td> <td data-bbox="1268 114 1460 394">เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> </table>	5	<p>มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</p>	เท่ากับ 1 คะแนน										
5	<p>มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</p>	เท่ากับ 1 คะแนน												
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>2. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่</p> <p>2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม</p> <p>2.2 พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79</p> <p>2.3 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม</p> <p>2.4 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561</p>													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="513 1032 933 1234" rowspan="2">Baseline data</th> <th data-bbox="933 1032 1082 1234" rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" data-bbox="1082 1032 1460 1167">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1082 1167 1217 1234">2563</th> <th data-bbox="1217 1167 1331 1234">2564</th> <th data-bbox="1331 1167 1460 1234">2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="513 1234 933 1480">ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</td> <td data-bbox="933 1234 1082 1480">ร้อยละ</td> <td data-bbox="1082 1234 1217 1480">-</td> <td data-bbox="1217 1234 1331 1480">-</td> <td data-bbox="1331 1234 1460 1480">88.40</td> </tr> </tbody> </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	<p>นางธัญชนก เสาวรัจ ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ : 08 2264 5429 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>นางสาวกัลลิตา แสงปรีชา ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 5857 5528 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : pedgrab2014@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>													

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

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)															
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ															
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ															
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต															
ชื่อตัวชี้วัด	<p>51. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>51.1 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (กองส่วนกลาง)</p> <p>51.2 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)</p>															
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กองส่วนกลาง จำนวน 12 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง โดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภออยู่ภายใต้การกำกับ ติดตามผล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้ <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th colspan="2">หมวดที่โดดเด่น</th> </tr> </thead> <tbody> <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">ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ 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> </tbody> </table>	พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น		2566	2 หมวด	บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด	2567	1 หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ 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	ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)														
2568	1 หมวด															
2569	1 หมวด															
2570	1 หมวด															

3. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(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

5. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด

6. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ

ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์การ 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 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (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 = $(A1 / B1) \times 100$ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด = $(A2 / B2) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
ปี 2567 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
ปี 2568 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปี 2569 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปี 2570 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																				
<p>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</p> <p>2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</p> <p>3. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) และจัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</p>	<p>1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566</p> <p>2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2566</p>	<p>1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566</p> <p>2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ</p> <p>3.ส่วนราชการดำเนินการรายงานผลจัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ (แบบฟอร์ม 5.2) ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566</p>	<p>1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566</p> <p>2. ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจสอบประเมินผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 26 กันยายน 2566</p>																																				
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="507 1406 662 1496">ระดับคะแนน</th> <th colspan="5" data-bbox="662 1406 1441 1496">ขั้นตอนการดำเนินงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="507 1496 662 1608">1</td> <td colspan="5" data-bbox="662 1496 1441 1608">ส่วนราชการ(สสจ.และส่วนกลาง) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</td> </tr> <tr> <td colspan="6" data-bbox="662 1608 1441 1653" style="text-align: center;">เกณฑ์การให้คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="678 1653 821 1686">0.20 คะแนน</td> <td data-bbox="821 1653 965 1686">0.40 คะแนน</td> <td data-bbox="965 1653 1109 1686">0.60 คะแนน</td> <td data-bbox="1109 1653 1252 1686">0.80 คะแนน</td> <td colspan="2" data-bbox="1252 1653 1441 1686">1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="678 1686 821 1731">5 คำถาม</td> <td data-bbox="821 1686 965 1731">7 คำถาม</td> <td data-bbox="965 1686 1109 1731">9 คำถาม</td> <td data-bbox="1109 1686 1252 1731">11 คำถาม</td> <td colspan="2" data-bbox="1252 1686 1441 1731">13 คำถาม</td> </tr> <tr> <td colspan="6" data-bbox="662 1731 1441 1814">เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน					1	ส่วนราชการ(สสจ.และส่วนกลาง) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566					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)					
ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																																						
1	ส่วนราชการ(สสจ.และส่วนกลาง) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566																																						
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	<p>ส่วนราชการ (สสจ.และส่วนกลาง) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวด 1 – 6 ได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</p> <table border="1" data-bbox="710 271 1417 405"> <thead> <tr> <th rowspan="2">โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หมวด 1-6</td> <td>ไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>ครบ 6 หมวด</td> </tr> </tbody> </table>	โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด														
โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	0.50 คะแนน	1 คะแนน																						
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด																						
	3	<p>ส่วนราชการ (สสจ.และส่วนกลาง) กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</p> <table border="1" data-bbox="694 551 1433 848"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยงาน</th> <th rowspan="2">การดำเนินการ</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.25 คะแนน</th> <th>0.50 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ส่วนกลาง และ สสจ.</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> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ส่วนราชการรายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1-7.6 รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 และประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยทีมตรวจประเมินฯ <table border="1" data-bbox="770 1072 1358 1332"> <thead> <tr> <th>ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	หน่วยงาน	การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.25 คะแนน	0.50 คะแนน	ส่วนกลาง และ สสจ.	ตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ, 36 ตัว)	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน	10-20%	0.10	21-30%	0.20	31-40%	0.30	41-50%	0.40	มากกว่า 50%	0.50
หน่วยงาน	การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน																						
		0.25 คะแนน	0.50 คะแนน																					
ส่วนกลาง และ สสจ.	ตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ, 36 ตัว)																					
ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน																							
10-20%	0.10																							
21-30%	0.20																							
31-40%	0.30																							
41-50%	0.40																							
มากกว่า 50%	0.50																							
	4	<ul style="list-style-type: none"> 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 <table border="1" data-bbox="687 1653 1437 1910"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ส่วนราชการ</th> <th rowspan="2">การดำเนินการ</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">สสจ. และ ส่วนกลาง</td> <td>1. รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1 - 7.6</td> <td rowspan="2">ไม่ครบ</td> <td rowspan="2">ครบ</td> </tr> <tr> <td>2. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนา PMQA ในหมวดที่ดำเนินการ</td> </tr> </tbody> </table>	ส่วนราชการ	การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	สสจ. และ ส่วนกลาง	1. รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1 - 7.6	ไม่ครบ	ครบ	2. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนา PMQA ในหมวดที่ดำเนินการ											
ส่วนราชการ	การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน																						
		0.50 คะแนน	1 คะแนน																					
สสจ. และ ส่วนกลาง	1. รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1 - 7.6	ไม่ครบ	ครบ																					
	2. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนา PMQA ในหมวดที่ดำเนินการ																							

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	<p>52. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>52.1 ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>52.2 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>52.3 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p>
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>(ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงที่เปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)</p> <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง - 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 <p>A-HA หรือ Advanced HA คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (A-HA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนา มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป</p>

<p>โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ชั้น 3 หรือ Re-Accreditation หรือ Advanced HA โดยมีเงื่อนไขดังนี้</p> <p>1.โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3 หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ เช่น R1, R2, R3 เป็นต้น หรือ Advanced HA (A-HA)</p> <p>2.โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3e อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ ที่ผลการรับรองหมดอายุ (e) เช่น R1e, R2e R3e เป็นต้น แต่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ A-HAe ที่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง</p>
--

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 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 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 และไม่รวมสถาบันโรคผิวหนัง เนื่องจากอยู่ระหว่างทำการในสถานที่ชั่วคราว)

	<p>1. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6132 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2591 8234 E-mail :</p> <p>2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6137 โทรศัพท์มือถือ : 08 1454 6561 โทรสาร : 0 2591 8234 E-mail : ttfybs@gmail.com</p> <p>3 นางสาวกัญญ์วดี วงษ์ขุนไท นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6136 โทรศัพท์มือถือ : 08 1696 9942 โทรสาร : 0 2591 8234 E-mail : psd.dms.moph@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3395 โทรศัพท์มือถือ : 08 1640 9393 โทรสาร : 0 2590 3268 E-mail : jama_pin@hotmail.com</p> <p>2. นายธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3347 โทรศัพท์มือถือ : 08 2446 6539 โทรสาร : 0 2590 3348 E-mail : tod_114@hotmail.com</p> <p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8207 โทรศัพท์มือถือ : 08 6732 3712 โทรสาร : 0 2149 5533 E-mail : burinsura@hotmail.com</p> <p>2. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ 09 0197 9302 โทรสาร : 0 2149 5533 E-mail : standard.dmh@gmail.com Phufa02@gmail.com</p> <p>3. นางณัฐยาณ์ พงศ์พิยะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8225 โทรศัพท์มือถือ 08 1551 2496 โทรสาร : 0 2149 5533 E-mail : standard.dmh@gmail.com</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมุติ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1755 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 1802 E-mail : -</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรศัพท์มือถือ 08 9478 4332</p>

	โทรสาร : 0 2590 1631 4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 กองบริหารการสาธารณสุข	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. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์ 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	<p>53. สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)</p> <p>53.1 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>53.1.1 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>53.1.2 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>53.2 จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)</p>
คำนิยาม	<p>การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดการบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง 3 ด้าน</p> <p>1. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้งภายใน และภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการ ที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยา และลดผลกระทบ ต่อชุมชน</p> <p>2. ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ</p> <p>3. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ จนเกิดผลตอบรับด้วยความพึงพอใจ และความรู้สึกรักพิเศษ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

53.1 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

53.2 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 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) A 2 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) A 3 = จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)
รายการข้อมูล 2	B1 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพศ./รพท จำนวน 126 แห่ง B2 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพช. จำนวน 775 แห่ง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>53.1 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>53.1.1 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>53.1.2 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) = $(A2/B2) \times 100$</p> <p>53.2 จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) = A 3</p>
--------------------	---

ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน
-------------------	------------------------------

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

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

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	<p>1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</p> <p>2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย</p>	-	<p>1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p> <p>2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย</p>

	EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับชั้นสูง (The best) ของ รพศ./รพท. \geq ร้อยละ 5		EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับชั้นสูง (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 และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับชั้นสูง (The best) ของ รพศ./รพท. \geq ร้อยละ 7.5	-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับชั้นสูง (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 และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับชั้นสูง (The best) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง	-	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับชั้นสูง (The best) ของ รพศ./รพท. \geq 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. \geq ร้อยละ 25		
วิธีการประเมินผล :	1. สถานบริการประเมินตนเองตามเกณฑ์การพัฒนาคำดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดและเขตสุขภาพเพื่อให้คำแนะนำและการรับรองตามเกณฑ์การพัฒนาคำดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS 3. ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีปลอดภัย ทันสมัย และบริการที่ดี 2. เกณฑ์การพัฒนาคำดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย มีความทันสมัย บริการที่ดี ในระดับพื้นฐาน (The must) และระดับขั้นสูง (The best)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	53.1 สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ	-	-	รพศ./รพท. ร้อยละ 76.19 รพช. ร้อยละ 74.45 (ข้อมูล ไตรมาส 3/2565)

	<p>4. นางสาวพลอยไพลิน ศรีศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 084 3373581 E-mail : p_pailin13@hotmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมุติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 095 5516996 E-mail : servicemop@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 829625 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p>

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	54. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 54.1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี 54.2 ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
คำนิยาม	<p>ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง</p> <p>ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข(บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มหมอบรรวม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : e KYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ</p> <p>*** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ / รายวัน/จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS)</p>

	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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1.) บุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข ทุกจังหวัด (≥ร้อยละ 80) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) 2.) ประชาชน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด (≥ร้อยละ 25) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 1 เมษายน 2565) 				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตน ของบุคลากรสาธารณสุข และของประชาชนผ่านระบบ หมอพร้อม Identity provider (IdP) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือระบบอื่นที่ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่</p> <p>: https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>หรือ Scan QR Code</p>				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการภาครัฐทั่วประเทศ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อ้างอิงตามฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล 				

	<p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. ฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>4. ระบบจัดเก็บข้อมูลการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของบุคลากรและประชาชน (IdP Center) กระทรวงสาธารณสุข</p>																			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีดิจิทัลไอดี ในจังหวัด																			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด																			
รายการข้อมูล 3	A2 = ประชาชนในจังหวัดที่มีดิจิทัลไอดี																			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาในจังหวัด																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 54.1	$(A1/B1) \times 100$ *** ต้องผ่านร้อยละ 80 ของบุคลากรในจังหวัด																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 54.2	$(A2/B2) \times 100$ *** ต้องผ่านร้อยละ 25 ของประชาชนในจังหวัด																			
	<p>การประเมินตัวชี้วัด ต้องผ่านหลักเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รายจังหวัด</th> <th>สูตรคำนวณ</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> <th>หลักเกณฑ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>บุคลากรสาธารณสุข</td> <td>$(A1/B1) \times 100$</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td rowspan="2">ผ่านหลักเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดฯ</td> </tr> <tr> <td>ประชาชน</td> <td>$(A2/B2) \times 100$</td> <td>≥ ร้อยละ 10</td> <td>≥ ร้อยละ 25</td> </tr> </tbody> </table>					รายจังหวัด	สูตรคำนวณ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน	หลักเกณฑ์	บุคลากรสาธารณสุข	$(A1/B1) \times 100$	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 80	ผ่านหลักเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดฯ	ประชาชน	$(A2/B2) \times 100$	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 25	
รายจังหวัด	สูตรคำนวณ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน	หลักเกณฑ์																
บุคลากรสาธารณสุข	$(A1/B1) \times 100$	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 80	ผ่านหลักเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดฯ																
ประชาชน	$(A2/B2) \times 100$	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 25																	
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน และ 12 เดือน																			
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2566 : ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี 2) ร้อยละ 25 ของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>บุคลากรสาธารณสุข</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>ประชาชน</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 10</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 25</td> </tr> </tbody> </table>							รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	บุคลากรสาธารณสุข	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 80	ประชาชน	-	≥ ร้อยละ 10	-	≥ ร้อยละ 25
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
บุคลากรสาธารณสุข	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 80																
ประชาชน	-	≥ ร้อยละ 10	-	≥ ร้อยละ 25																
วิธีการประเมินผล:	ประเมินจากระบบประมวลผลของระบบ Identity Provider (IdP) กระทรวงสาธารณสุข																			
เอกสารสนับสนุน :	<p>คู่มือการปฏิบัติงาน ระบบดิจิทัลไอดี</p> <p>: https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>หรือ Scan QR Code</p>																			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกศพร สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-8194 โทรสาร : 02-591-8565 กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com		
	2. นายหยัดชารี เล้าะเหล๊ะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1493 โทรสาร : 02-591-8565 กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com		
	3. นายวัชรินทร์ โสภภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497 โทรสาร : 02-591-8565 กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com		
	4. นางสาวณภักษ์ มงคลเอกอมร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-8194 โทรสาร : 02-591-8565 กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติอาวุโส โทรศัพท์มือถือ : E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวกศพร สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-8194 โทรสาร : 02-591-8565 กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com		
	2. นางสาวณภักษ์ มงคลเอกอมร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-8194 โทรสาร : 02-591-8565 กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติอาวุโส โทรศัพท์มือถือ : E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495 โทรสาร : 02-591-8565 กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : duanpen@mophmail.go.th		

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12.การพัฒนาาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	55. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>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”</p> <p>บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุ ในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 จากรหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD)</p> <p>โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เขตสุขภาพ คัดเลือกจังหวัด และโรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการในปีงบประมาณ 2566 อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 3 จังหวัด และอย่างน้อยจังหวัดละ 3 โรงพยาบาล 2. โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 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

เกณฑ์เป้าหมาย :

- กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ปีงบประมาณ 68 – 70 คำนวณร้อยละจำนวนครั้งการมารับบริการการแพทย์ทางไกล เทียบกับจำนวนครั้งการมารับบริการทุกประเภท ตามรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
เขตสุขภาพละ อย่างน้อย 3 จังหวัด จังหวัดละ อย่างน้อย 3 รพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกลใน กลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง	เขตสุขภาพละ อย่างน้อย 4 จังหวัด จังหวัดละ อย่างน้อย 5 รพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกลใน กลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า 5,500 ครั้ง	ครบทุกจังหวัด ทุก รพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกลใน กลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ของ จำนวนครั้งของการ มารับบริการ ทุกประเภท	ครบทุกจังหวัด ทุก รพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกลใน กลุ่มเป้าหมาย จังหวัด ละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของ จำนวนครั้งของการ มารับบริการ ทุกประเภท	ครบทุกจังหวัด ทุก รพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกลใน กลุ่มเป้าหมาย จังหวัด ละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ จำนวนครั้งของการ มารับบริการ ทุกประเภท

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ได้มากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำการดึงข้อมูลเพื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บ่งชี้จังหวัดที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย 2. คำนวณร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลในปี 2568 - 2570
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th 2. ประสานใช้ข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการตามกลุ่มเป้าหมาย จาก สปสช.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/ Telemedicine”) กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ICD-10 E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ICD-10 E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ปี 2566 – 2567 = A</p> <p>ปี 2568 – 2570 = (A/B) × 100</p>

ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
-------------------	-------------

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รพ. เป้าหมาย (เขตสุขภาพละอย่างน้อย 3 จังหวัด ๆ ละอย่างน้อย 3 รพ.) มีการเตรียมพร้อมระบบสารสนเทศ และบุคลากร และเปิดให้บริการ การแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	รพ. เป้าหมายของเขตสุขภาพ มีจำนวน ครั้งของการมารับบริการการแพทย์ ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละ ไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รพ. เป้าหมาย (เขตสุขภาพละอย่างน้อย 4 จังหวัดๆ ละอย่างน้อย 5 รพ.) มีการเตรียมพร้อมระบบสารสนเทศ และบุคลากร และเปิดให้บริการ การแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	รพ. เป้าหมายของเขตสุขภาพ มีจำนวน ครั้งของการมารับบริการการแพทย์ ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละ ไม่น้อยกว่า 5,500 ครั้ง

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รพ. ทุกแห่งมีการเตรียมพร้อมระบบ สารสนเทศและบุคลากร และเปิด ให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ ที่กำหนด	-	จำนวนครั้งของการมารับบริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	จำนวนครั้งของการมารับบริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 45	-	จำนวนครั้งของการมารับบริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50

ปี 2570:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	จำนวนครั้งของการมารับบริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 55	-	จำนวนครั้งของการมารับบริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60

(ร่าง) คณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการตั้งคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์

เพื่อเร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่นๆ

กลุ่มเป้าหมาย

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

เสนอพิจารณาแต่งตั้งประธานคณะกรรมการ

- รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ หรือ รองผู้อำนวยการด้านภารกิจปฐมภูมิ 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 ประกอบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล และอื่นๆ
4. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจให้ ผู้รับบริการ ประชาชน อสม และบุคลากร
5. สร้างเครือข่ายการบริการสามหม้อ 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	56. ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)														
คำนิยาม	<p>อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td> <td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td> <td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td> <td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td> <td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td> </tr> </tbody> </table>					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
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	<p>ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>1.1 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): CR-UCS</p> <p>1.2 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบประกันสังคม (SSS): CR-SSS</p> <p>1.3 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS): CR-CSMBS</p> <p>1.4 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ: CR-Total</p>														
รายการข้อมูล 2	<p>ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ</p> <p>2.1 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total)</p>														

	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:

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

ปี 2567:

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

ปี 2568:

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

ปี 2569:

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

ปี 2570:

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

วิธีการประเมินผล :

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

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน



	รายการ1				รายการ2			
	ปี	63	64	65	อัตราร้อยละ	63	64	65
	CR-UCS	85.26%	85.26%	88.49%	Absolute Diff (CR-UCS, CR-total)	0.89%	0.89%	0.23%
	CR-SSS	87.36%	87.36%	90.66%	Absolute Diff (CR-SSS, CR-total)	1.21%	1.21%	1.94%
	CR-CSMBS	92.34%	92.34%	87.05%	Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-total)	6.19%	6.19%	1.67%
CR-Total	86.15%	86.15%	88.72%	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			
	รายการ 5							
	จำนวนครั้ง		ผลการดำเนินงาน					
			2563	2564	2565			
	ค่าเฉลี่ยอัตราความแตกต่างการใช้สิทธิ * ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการ ผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ		219,924	204,772	93,058			
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สปสข.		ตำแหน่ง : นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สปสข.		ตำแหน่ง : นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th					
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สปสข.		ตำแหน่ง : นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th					

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)						
แผนที่	13: การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ						
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน						
ระดับการแสดงผล	ประเทศ						
ชื่อตัวชี้วัด	57. ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ						
คำนิยาม	<p>สิทธิประโยชน์ หมายถึง กลุ่มรายการบริการสุขภาพทั้งหมดที่กำหนดในกฎหมาย ซึ่งอาจกำหนดในรัฐธรรมนูญ หรือกฎหมายเฉพาะสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ</p> <p>สิทธิประโยชน์กลาง หมายถึง ชุดสิทธิประโยชน์กลางที่กองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 กองทุน มีกลไกการพิจารณาร่วมกันและเห็นพ้องว่าเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ภายใต้แนวคิดความคุ้มค่า ความเป็นธรรมและความสามารถในการจ่ายของกองทุน</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ</p> <p>ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม (สิทธิประโยชน์ กรณีเจ็บป่วย) และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด 5 ขั้นตอน</p> <table border="1" data-bbox="483 1473 1471 2033"> <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> </tbody> </table>	ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	จัดทำแผนการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ และรายงานต่อ (1) คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (2) คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	2	ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ
ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน						
1	จัดทำแผนการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ และรายงานต่อ (1) คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (2) คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ						
2	ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ						

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
	<p>(1) ศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ</p> <p>(2) วิเคราะห์ความแตกต่างการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563 และจัดทำ (ร่าง) ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง</p> <p>(3) ประชุมหารือกับ 3 กองทุน เพื่อให้ความเห็นต่อ</p> <p>(3.1) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563</p> <p>(3.2) (ร่าง) ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามข้อ 2 (2)</p> <p>(4) สรุปผลการประชุมหารือกับ 3 กองทุน และรายงานความคืบหน้าต่อ</p> <p>(4.1) คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>(4.2) คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>
3	จัดทำ “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ”
4	ประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ”
5	5.1 สังเคราะห์และจัดทำรายงานผล “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ”

	ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
		<p>5.1 สังเคราะห์และจัดทำรายงานผล “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ”</p> <p>5.2 นำเสนอ “ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” ต่อ คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือคณะกรรมการคณะอนุกรรมการ คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>5.3 เผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มีข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)	มีรายการสิทธิประโยชน์กลาง การดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ ๓ ระบบ เรื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCDs)	มีข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCDs)	มีรายการสิทธิประโยชน์กลาง การดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ ๓ ระบบ เรื่อง การดูแลสุขภาพระยะยาว (Long-term care: LTC)	มีข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง การดูแลสุขภาพระยะยาว (Long-term care: LTC)
วัตถุประสงค์	เพื่อมีข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก ได้แก่ 1. ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ 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
	มีแผนและขั้นตอนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (P&P)	รายงานเบื้องต้น เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์กลาง การดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)	มี “ร่าง รายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ” เรื่อง บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (P&P)	มีรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่องบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (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 - ส่งเคราะห์และจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการ

			สาธารณสุขของหน่วย บริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ 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
มีแผนปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง LTC	ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลาง การดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เรื่อง LTC ตามแผน	มี “ร่าง ข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” เรื่อง LTC	- มีการประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ “ร่างข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” เรื่อง LTC - ส่งเคราะห์และจัดทำข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเรื่อง LTC

วิธีการประเมินผล :	ประเมินความสำเร็จ ขั้นตอนการดำเนินงานที่ 5				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
			มีผลกาวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิทธิของชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	มีผลกาวิเคราะห์ความแตกต่างของการขอรับค่าใช้จ่าย ตามขอบเขตบริการการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายดิเรก สุดแดน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1553 โทรสาร : 0 2590 1567 2. นางนิมอณงค์ สายรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรสาร : 0 2590 1576		ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 061417900 E-mail : dereksutdan@gmail.com หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 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		เศรษฐกร กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 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	58. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 58.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 58.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน</p> <p>อัตราส่วนทางการเงิน ที่ใช้ในการคำนวณวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มแสดงสภาพคล่องทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> 1.1 $CR < 1.5$ 1.2 $QR < 1.0$ 1.3 $Cash < 0.8$ 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน รวม 2 คะแนน <ol style="list-style-type: none"> 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) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.2 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน

คำนิยาม (ต่อ)

*โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า

การจัดกลุ่มหน่วยบริการ ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน นำผลรวมคะแนนข้างต้น (0 -7 คะแนน) มาจัดกลุ่ม โดยเรียงลำดับการเกิดวิกฤตทางการเงินจากระดับน้อยไปมาก แต่แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- ระดับ 0 - 1 ปกติ
- ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน
- ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน
- ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน
- ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน
- ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน
- ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง

การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหามาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2566

1. มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง

- มาตรการที่ 1 : พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting)
- มาตรการที่ 2 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)
- มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency)
- มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health)
- มาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Efficiency)

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1 : พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting)	เกณฑ์การประเมิน ความครบถ้วนทันเวลา ความถูกต้องตามหลักบัญชี และปรับปรุงตามนโยบาย บัญชี	หน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. จำนวน 900 แห่ง

คำนิยาม (ต่อ)	มาตรการ ขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
	มาตรการที่ 2 : การจัดสรรเงิน อย่างเพียงพอ (Budgeting)	2.1 การประเมินความ พอเพียงที่จะสามารถ จัดบริการได้ของทุกกองทุน* (*ทุกกองทุน หมายถึง 5 กองทุนหลักประกอบด้วย 1.หลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า UC 2. กองทุนประกันสังคม 3.กองทุนข้าราชการ 4. กองทุนแรงงานต่างด้าว และคนต่างด้าว 5.กองทุนบุคคลที่มีปัญหา สถานะและสิทธิ	หน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. จำนวน 900 แห่ง
	มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้าน การเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกัน สุขภาพ (Competency)	3.1 หลักสูตรสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี เช่น - นักบัญชีมีอาชีพ /กลยุทธ์การวิเคราะห์ งบการเงินแบบมีอาชีพ 3.2 หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เช่น - อบรมเชิงปฏิบัติการบัญชี สำหรับผู้บริหาร /เจาะลึก บัญชีบริหารเพื่อการวางแผน และตัดสินใจ /การบริหาร ความเสี่ยงและกลยุทธ์ทาง การเงิน หน่วยงานที่จัดอบรม เช่น สภาวิชาชีพบัญชีฯ / มหาวิทยาลัย	<u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/ หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/หัวหน้า งานบริหารงานทั่วไป <u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้บริหารการเงิน การคลัง (CFO) รพศ/รพท/รพช. รองผู้อำนวยการด้านบริหาร/ รองนายแพทย์ สสจ.

มาตรการ ขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารด้าน การเงินการคลัง (Division of regional health)	4.1 สนับสนุนการกระจาย อำนาจให้เขตสุขภาพบริหาร จัดการด้านการเงินการคลัง 4.2 พัฒนานวัตกรรมการเงิน การคลังของหน่วยบริการใน การจัดการด้านประสิทธิภาพ โดยนำระบบสารสนเทศมาใช้	4.1 เขตสุขภาพบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลังและปรับ เกลี่ยภายในเขตสุขภาพ 4.2 เขตมีระบบเกี่ยวกับ สารสนเทศด้านการเงินการคลัง
มาตรการ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทาง การเงิน วางระบบ เฝ้าระวัง (Efficiency)	5.1 การประเมินประสิทธิภาพ หน่วยบริการ ใช้เครื่องมือ (Total Performance Score : TPS) (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	5.1 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินประสิทธิภาพหน่วย บริการ (Total Performance Score : TPS) \geq 10.5 คะแนน (A = ดีมาก , B = ดี)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ระดับ 7 \leq ร้อยละ 2	ระดับ 7 \leq ร้อยละ 2	ระดับ 7 \leq ร้อยละ 2	ระดับ 7 \leq ร้อยละ 2	ระดับ 7 \leq ร้อยละ 2
ระดับ 6 \leq ร้อยละ 4	ระดับ 6 \leq ร้อยละ 4	ระดับ 6 \leq ร้อยละ 4	ระดับ 6 \leq ร้อยละ 4	ระดับ 6 \leq ร้อยละ 4

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ 3. เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานในการสนับสนุนหน่วยบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	1.ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 2.ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน 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 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 1 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 2 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 4

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 1 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 2 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 4

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 1 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 2 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 4

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 1 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 2 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 4

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>นางสาวชไมพร นันทโก</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574</p> <p>โทรสาร : 0 2590 1576</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เศรษฐกร</p> <p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์</p> <p>เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 08 7801 0370</p> <p>E-mail : chamaiporn029@gmail.com</p>
---	---

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14.การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1.โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	59. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	<p>1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>2. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>3. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างชิ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอกการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น 4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนอง

ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

4. **เทคโนโลยีทางสุขภาพ** หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดี และมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายถึงรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือ เครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)

5. **การผลิต** หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่ง ภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนอง ความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

6. **การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์** หมายถึง การมีหลักฐาน ที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไป ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ ประโยชน์ มีดังนี้

- 1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนา ในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและ ควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทาง ห้องปฏิบัติการ การตรวจชันสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการ ต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น
- 2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่ การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และ วัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีวิต สุขุมไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น
- 3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่าย ผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บ ข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มี ความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล ที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความ ขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

เกณฑ์เป้าหมาย :

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
<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่นปีงบประมาณ 2566อย่างน้อย 1 แผน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สํารวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2566 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 15 เรื่อง

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2567 อย่างน้อย 1 แผน 	<p>จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2567 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 17 เรื่อง

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2568 อย่างน้อย 1 แผน 	<p>จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2568 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 19 เรื่อง

ปี 2569:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2569 อย่างน้อย 1 แผน 	<p>จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2569 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 21 เรื่อง

		อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูล ปีที่ผ่านมา	
ปี 2570:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2570 อย่างน้อย 1 แผน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2570 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรมกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา
			รอบ 12 เดือน
			<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>1.นางสาวประไพ วงศ์สินคังมัน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ หัวหน้าสำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2951 0000 ต่อ 99359 โทรศัพท์มือถือ: 0955179718 โทรสาร : 0 2951 1297 E-mail: prapai.w@dmsc.mail.go.th สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>2.นางสวานันทวรรณ 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</p>		

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>นายสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2589 9850 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : 0816466620 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th</p> <p>นายจุมพต สังข์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2589 9850 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : 0818556811 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th</p> <p>นางสาวศิริรัตน์ อินตะวิชัย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2589 9850 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : 0881991415 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th</p> <p>นายจุลภัทร คงเจริญกิจกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2589 9850 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : 0814308822 โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th</p> <p>กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>



งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 2 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



เบอร์ติดต่อ : 02 590 2388



E-mail : data.healthkpi@gmail.com

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข

วัน/เดือน/ปี : ๕ ธันวาคม ๒๕๖๕

หัวข้อ: รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

Link ภายนอก: ไม่มี

หมายเหตุ:

.....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

สุชาภา วรินทร์เวช

(นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช)

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้อนุมัติรับรอง

สุชาภา วรินทร์เวช

(นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช)

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ (หัวหน้า)

วันที่ ๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

พศวีร์ วัชรบุตร

(นายพศวีร์ วัชรบุตร)

นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ

วันที่ ๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕