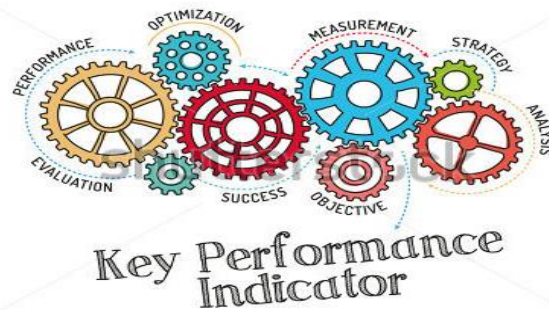




## คู่มือ

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)  
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
(Performance Agreement: PA)  
ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑



# คำนำ

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับจัดทำข้อตกลง การปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) โดยให้มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดตามนโยบายสำคัญของ กระทรวง ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี ของกระทรวง แผนบูรณาการ และแผนงาน/โครงการ สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ลงสู่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ พร้อมทั้งจัดให้มีการ ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำคำรับรองและการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) และพิธีลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมไพจิตร ปะบุตร อาคาร ๗ ชั้น ๔ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกำหนดการติดตามความก้าวหน้าผล การดำเนินงาน (Small Success) รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ทั้งนี้ให้รายงานผลการดำเนินงานฯ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป หลังสิ้นสุดแต่ละไตรมาส

เพื่อให้การกำกับ ติดตามประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรอง การปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล อันก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ คุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ ความคุ้มค่าของงานและเป็นแนวทางที่จะบรรลุผลสัมฤทธิ์ ตามเจตนารมณ์ของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.๒๕๕๖ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรม/ กองในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนกลางที่เป็นเจ้าภาพหลักรับผิดชอบตัวชี้วัด ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ของปลัดกระทรวงสาธารณสุขและ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกันดำเนินการจัดทำคู่มือรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติ ราชการฯ ที่มีความชัดเจน ถูกต้องและครบถ้วนยิ่งขึ้น เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ได้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติราชการของ ผู้บริหาร และส่งผลให้การประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองฯ นั้น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนราชการและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประกอบการดำเนินงานตามคำรับรองฯ ให้บังเกิดผลที่พึงประสงค์ต่อไป

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ธันวาคม ๒๕๖๐

# สารบัญ

หน้า

คำนำ

ก

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

(Performance Agreement: PA) ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กับ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

๑-๒๗

- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์

๒๘-๑๔๓

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

กับ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลเขต และ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)  
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA)  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑  
ระหว่าง  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กับ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



## รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ(Performance Agreement: PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑  
ระหว่าง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กับ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	๒. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	๑. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการแสดงผล	กระทรวง
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๑. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพร่างกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป</p> <p><b>คุณภาพ หมายถึง</b> มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....</li> <li>๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุมจัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> </ol> <p><b>อำเภอ หมายถึง</b> เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๘๗๘ แห่ง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ</li> <li>- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ ๕๐</li> </ul>

	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐
<p><b>หมายเหตุ :</b></p> <p><b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)</b></p> <p>ร้อยละของอำเภอที่มี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....ที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๕๐ (อำเภอที่มีคุณภาพ คือ อำเภอที่มี DHS ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป ตามแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Plan จนถึงตำบลจัดการคุณภาพชีวิต)</p> <p><b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)</b></p> <p>การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่อย่างน้อย ๒ เรื่อง โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่</p>				
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง)			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	การรายงาน			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล			
<b>รายการข้อมูล ๑</b>	A = จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ			
<b>รายการข้อมูล ๒</b>	B = จำนวนอำเภอ ๘๗๘ แห่ง			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส ๒ และ๔			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย ๒ ประเด็น	มีการดำเนินการ การบริหารจัดการ สร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	มีการสรุปผลการดำเนินการ ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลังร้อยละ ๕๐

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
			ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๓:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
			ร้อยละ ๗๐

ปี ๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
			ร้อยละ ๘๐

วิธีการประเมินผล :

- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ตาม (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....
- มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ ๒ เรื่อง
- มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)

เอกสารสนับสนุน :

- (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....
- คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๒๓๘</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๒๓๙</p> <p>๒. นพ.ธีรพงศ์ ตุนาค</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๗๖๑</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๘๐๒</p> <p>๓. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๒๓๘</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๒๓๙</p>		<p>ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๒๓๐๕๓๖</p> <p>E-mail : yyt๒๕๐๘@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๐-๑๐๖๙๕๖๖</p> <p>E-mail : -</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๒๓๐๕๓๖</p> <p>E-mail : peed.pr@hotmail.com</p>		
หน่วยงานประมวผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๖๓๗</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๖๓๑</p> <p>๒. นางสมลีนี เกษมศิลป์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๖๓๗</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๖๓๑</p> <p>๓. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๒๓๘</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๒๓๙</p>		<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๔๕๔</p> <p>E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๔๗๒๐๕๒</p> <p>E-mail : somnee@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๑๓๑๖๘๐๐</p> <p>E-mail : dhb.moph@gmail.com</p>		



หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	๕. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)											
โครงการที่	๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
ระดับ การแสดงผล	เขตและประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด เชิงปริมาณ	๒. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)											
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว ๑ ทีม ให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ ๑๐,๐๐๐คน ±๒๐%</p> <p>ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ๔ คน ทันตภิบาล ๑ คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๔ คน แพทย์แผนไทย ๑ คน รวมทีมให้บริการ ๓ ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๑ Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ ๑ คนเภสัชกร ๑ คน และนักกายภาพบำบัด ๑ คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๑ อาจเริ่มต้นที่ ๕๐%)</p> <p>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ๑๐ ปี</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๓๖ (๑,๑๗๐ ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมาย ดำเนินการในปี ๖๑ จำนวน ๕๗๔ ทีม</td> <td>ร้อยละ ๕๗ (๑,๘๕๓ ทีม)</td> <td>ร้อยละ ๗๘ (๒,๕๓๕ ทีม)</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐ (๓,๒๕๐ ทีม)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ร้อยละ ๓๖ (๑,๑๗๐ ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมาย ดำเนินการในปี ๖๑ จำนวน ๕๗๔ ทีม	ร้อยละ ๕๗ (๑,๘๕๓ ทีม)	ร้อยละ ๗๘ (๒,๕๓๕ ทีม)	ร้อยละ ๑๐๐ (๓,๒๕๐ ทีม)
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔									
ร้อยละ ๓๖ (๑,๑๗๐ ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมาย ดำเนินการในปี ๖๑ จำนวน ๕๗๔ ทีม	ร้อยละ ๕๗ (๑,๘๕๓ ทีม)	ร้อยละ ๗๘ (๒,๕๓๕ ทีม)	ร้อยละ ๑๐๐ (๓,๒๕๐ ทีม)									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม											
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ ๑๒ เขต											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน																																
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																																
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการ การแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม ๑,๑๗๐ ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี ๒๕๖๑ จำนวน = ๕๗๔ ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี ๒๕๖๐ จำนวน ๕๙๖ ทีม)																																
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี ๒๕๖๔ = ๓,๒๕๐ ทีม)																																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔																																
<b>เกณฑ์การประเมิน</b> <b>ปี ๒๕๖๑ :</b> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> <tr> <td>๗๒๔ ทีม (สะสม)</td> <td>๗๘๘ ทีม (สะสม)</td> <td>๑,๐๔๔ ทีม (สะสม)</td> <td>๑,๑๗๐ ทีม(สะสม) ร้อยละ ๓๖</td> </tr> </table> <b>ปี ๒๕๖๒ :</b> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ ๕๗</td> </tr> </table> <b>ปี ๒๕๖๓ :</b> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ ๗๘</td> </tr> </table> <b>ปี ๒๕๖๔ :</b> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </table>		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	๗๒๔ ทีม (สะสม)	๗๘๘ ทีม (สะสม)	๑,๐๔๔ ทีม (สะสม)	๑,๑๗๐ ทีม(สะสม) ร้อยละ ๓๖	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน				ร้อยละ ๕๗	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน				ร้อยละ ๗๘	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน				ร้อยละ ๑๐๐
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																														
๗๒๔ ทีม (สะสม)	๗๘๘ ทีม (สะสม)	๑,๐๔๔ ทีม (สะสม)	๑,๑๗๐ ทีม(สะสม) ร้อยละ ๓๖																														
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																														
			ร้อยละ ๕๗																														
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																														
			ร้อยละ ๗๘																														
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																														
			ร้อยละ ๑๐๐																														
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ																																
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน																																

<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<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>๒๕๕๘</th> <th>๒๕๕๙</th> <th>๒๕๖๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ตั้งเป้าไว้ ๔๘ ทีม และทำได้ตามเป้า คิดเป็น ร้อยละ ๑.๔๘</td> <td>เปิดดำเนินการได้ ๕๙๖ ทีม คิดเป็น ร้อยละ ๑๘.๓๔</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	-	-	-	ตั้งเป้าไว้ ๔๘ ทีม และทำได้ตามเป้า คิดเป็น ร้อยละ ๑.๔๘	เปิดดำเนินการได้ ๕๙๖ ทีม คิดเป็น ร้อยละ ๑๘.๓๔
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐										
-	-	-	ตั้งเป้าไว้ ๔๘ ทีม และทำได้ตามเป้า คิดเป็น ร้อยละ ๑.๔๘	เปิดดำเนินการได้ ๕๙๖ ทีม คิดเป็น ร้อยละ ๑๘.๓๔										
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>๑. แพทย์หญิงดวงดาว ศรียากุล รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๕๓๓๒๗๒๔  โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๑ E-mail : duangdao๑๗๐@gmail.com</p> <p><b>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</b></p>													
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p>													
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๔๘๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๕๖๑๗๖๗  โทรสาร : E-mail : boonchai๖๕@gmail.com</p> <p><b>กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</b></p> <p>๒. แพทย์หญิงดวงดาว ศรียากุล นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๕๓๓๒๗๒๔  โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๑ E-mail : duangdao๑๗๐@gmail.com</p> <p><b>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p> <p>๓. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๕๐๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๓๓-๓๐๘๒  โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๑ E-mail : jchanphet@gmail.com</p> <p><b>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p>													

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	๘. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ											
โครงการที่	๑. โครงการเฉลิมพระเกียรติ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๓. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่											
คำนิยาม	<p>๑. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>๓. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔									
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕									
วัตถุประสงค์	เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๐)											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข											

แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล								
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๑								
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔ หมายเหตุ : - ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ สิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๑ - ติดตามตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน									
ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	-	-	ร้อยละ ๘๕
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน						
-	-	-	ร้อยละ ๘๕						
วิธีการประเมินผล	ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ <b>แนวทางการประเมินผล</b> <b>๑. ระดับสำนักวัณโรค</b> ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) ในภาพรวมของประเทศ <b>๒ ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</b> ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) ในระดับพื้นที่ <b>๓ ระดับจังหวัด</b> ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด								

	<p><b>เกณฑ์การให้คะแนน</b></p> <p><b>ตารางที่ ๑</b> เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐)</p> <table border="1" data-bbox="528 338 1481 439"> <thead> <tr> <th>๑ คะแนน</th> <th>๒ คะแนน</th> <th>๓ คะแนน</th> <th>๔ คะแนน</th> <th>๕ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤๘๑</td> <td>๘๒</td> <td>๘๓</td> <td>๘๔</td> <td>≥๘๕</td> </tr> </tbody> </table>	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน	≤๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	≥๘๕							
๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน														
≤๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	≥๘๕														
<p><b>เอกสารสนับสนุน</b></p>	<p>๑.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ</p> <p>๒.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล</p>																	
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<table border="1" data-bbox="536 595 1473 938"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Baseline data</th> <th rowspan="3">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">๒๕๕๘</th> <th colspan="2">๒๕๕๙</th> </tr> <tr> <th>Cohort ๑/๕๙</th> <th>Cohort ๒/๕๙</th> <th>Cohort ๓/๕๙</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๗๙.๕</td> <td>๘๐.๓</td> <td>๗๘.๒</td> <td>๗๖.๗</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๕๘	๒๕๕๙		Cohort ๑/๕๙	Cohort ๒/๕๙	Cohort ๓/๕๙	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๗๙.๕	๘๐.๓	๗๘.๒	๗๖.๗
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
				๒๕๕๘	๒๕๕๙													
		Cohort ๑/๕๙	Cohort ๒/๕๙		Cohort ๓/๕๙													
อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๗๙.๕	๘๐.๓	๗๘.๒	๗๖.๗													
<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<table border="0" data-bbox="504 972 1513 1592"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>๑. แพทย์หญิงผลิน กมลวิทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๙๑๘๘๗</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> <p>๒. นายสุขสันต์ จิตติมณี</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๙๑๘๘๗</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> <p>๓. นายอรรถกร จันทร์มาทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๑</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> <p>๔. นางสาววิลาวรรณ สมทรง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๖๐๕๖๗๑๐</p> <p>E-mail : phalin๑@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๐๐๕๖๔๕</p> <p>E-mail : ssthaitb@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๘๒๔๑๘๖</p> <p>E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : swillwan@yahoo.com</p> </td> </tr> </table> <p><b>สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค</b></p>	<p>๑. แพทย์หญิงผลิน กมลวิทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๙๑๘๘๗</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> <p>๒. นายสุขสันต์ จิตติมณี</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๙๑๘๘๗</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> <p>๓. นายอรรถกร จันทร์มาทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๑</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> <p>๔. นางสาววิลาวรรณ สมทรง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๖๐๕๖๗๑๐</p> <p>E-mail : phalin๑@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๐๐๕๖๔๕</p> <p>E-mail : ssthaitb@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๘๒๔๑๘๖</p> <p>E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : swillwan@yahoo.com</p>															
<p>๑. แพทย์หญิงผลิน กมลวิทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๙๑๘๘๗</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> <p>๒. นายสุขสันต์ จิตติมณี</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๙๑๘๘๗</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> <p>๓. นายอรรถกร จันทร์มาทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๑</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> <p>๔. นางสาววิลาวรรณ สมทรง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๖๐๕๖๗๑๐</p> <p>E-mail : phalin๑@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๐๐๕๖๔๕</p> <p>E-mail : ssthaitb@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๘๒๔๑๘๖</p> <p>E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : swillwan@yahoo.com</p>																	
<p><b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค</p>																	
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<table border="0" data-bbox="504 1771 1513 1966"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>๑. นางสาววิลาวรรณ สมทรง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : swillwan@yahoo.com</p> </td> </tr> </table> <p><b>กรมควบคุมโรค</b></p>	<p>๑. นางสาววิลาวรรณ สมทรง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : swillwan@yahoo.com</p>															
<p>๑. นางสาววิลาวรรณ สมทรง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙</p> <p>โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๓๕</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : swillwan@yahoo.com</p>																	

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	๑๐. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขตและ กรม
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๔. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)
คำนิยาม	<p>๑. อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา ๑ ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้าราชการ</li> <li>- พนักงานราชการ</li> <li>- ลูกจ้างประจำ</li> <li>- ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ)</li> <li>- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul> <p>ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงาน ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับทุกสายงาน</p> <p>๓. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ หมายถึง จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด ๕ ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา ๑ ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร ๕ ประเภทการจ้างที่ปฏิบัติงานอยู่จริงทั้งหมด ณ ต้นปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม)</p> <p>๔. การลาออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ลาออกจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>๕. การถูกให้ออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ถูกให้ออกจากการปฏิบัติงานโดยมีความผิดจากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>๖. การโอน หมายถึง การให้บุคลากรสาธารณสุขโอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๑
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๑
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อส่งเสริมสร้างระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ด้วยกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ๒. เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผล		
แหล่งข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. ฐานข้อมูลอัตรากำลังของกรม		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี ๒๕๖๑:			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
การบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ - ฐานข้อมูลด้านกำลังคนในระบบ HROPS มีความถูกต้องเป็นปัจจุบัน - วิเคราะห์ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรของ สป. - จัดทำแนวทางแผนและกิจกรรมส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ (สป.ส่วนกลาง)	การกำหนดแผนกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ - จัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพสายวิชาชีพ ๒๕ สายงาน - จัดทำ Career Model และเกณฑ์ความก้าวหน้าสายวิชาชีพ ๒๕ สายงาน - จัดทำแผนความผูกพันบุคลากรสาธารณสุข - จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้าน HR	ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ - โครงการประชุม HR ส่วนภูมิภาค - โครงการประชุม HR กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง)	- อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ - หน่วยงานมีการนำคู่มือการปฏิบัติงานด้าน HR ไปใช้



**ปี ๒๕๖๒:**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและดำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”	๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘

**ปี ๒๕๖๓:**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและดำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”	๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๑

**ปี ๒๕๖๔:**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและดำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”	๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๔

วิธีการประเมินผล : วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ

เอกสารสนับสนุน : -

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
	-	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๔๑๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๖๑๓๓๔๕๔  
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : sansernx@gmail.com  
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

๑. นายพรชัย ปอสูงเนิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๘๕๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒-๙๕๙๘๘๖๒  
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : hrmoph@gmail.com

๒. นางสาวณัฐธยาน์กร เตชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๔๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๓๒๒๘๑๒  
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : pink๑๓๒๗@hotmail.com  
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๓๔๔ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๔๒๑	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๓๒๕๒๐๙๘ E-mail : p.khruaruan@gmail.com
	๒. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๓๔๔ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๔๒๑	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๘๙๗๗๙๖ E-mail : sudjaich๑@gmail.com
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)		
แผนที่	๑๓. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่	๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง		
ระดับการแสดงผล	เขต		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๕. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน		
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ (Risk Scoring) ดังนี้		
	ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
	๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
	๑.๑ CR < ๑.๕	๑	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน / หนี้สินหมุนเวียน
	๑.๒ QR < ๑.๐	๑	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ / หนี้สินหมุนเวียน
	๑.๓ Cash < ๐.๘	๑	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด / หนี้สินหมุนเวียน
	๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
	๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < ๐	๑	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน
	๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < ๐	๑	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ - ค่าใช้จ่าย
	๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี ๒ มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
	๓.๑ มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง ๒ มิติ
	๓.๒ มิติ ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > ๖ เดือน	๐	เนื่องจากทั้ง ๒ มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = ๓ เดือน	๒	
๓.๒ มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๖ เดือน	๒	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = ๓ เดือน	๐	
๓.๓ กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก	๐	
๓.๔ กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	๒	
<p>การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ ๗ คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้แก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p> <p><b>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี ๒๕๖๑</b></p> <p>๑. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>: บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ</li> <li>: แผนงาน/กิจกรรม</li> <li>: ผลผลิต/ผลลัพธ์</li> </ul> <p>๒. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)</p> <p>๓. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน</p>		

<p><b>มาตรการ</b></p> <p><u>มาตรการที่ ๑:</u> การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)</p> <p><u>มาตรการที่ ๒:</u> ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)</p> <p><u>มาตรการที่ ๓:</u> สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p> <p><u>มาตรการที่ ๔:</u> พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)</p> <p><u>มาตรการที่ ๕:</u> พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network &amp; Capacity Building)</p>		
<b>มาตรการขับเคลื่อน</b>	<b>แนวทางการดำเนินงาน</b>	<b>เป้าหมาย</b>
<p><b>มาตรการที่ ๑:</b> การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)</p>	<p>๑.๑ มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย</p> <p>๑.๒ พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ</p> <p>๑.๓ เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ</p>	<p>๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีรายได้ <math>\geq</math> ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>
<p><b>มาตรการ ๒:</b> ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)</p>	<p>๒.๑ ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ</p> <p>๒.๒ วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน)</p> <p>๒.๓ ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน(ไตรมาส)</p>	<p>๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกิน ร้อยละ ๕)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</p>
<p><b>มาตรการ ๓:</b> สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p>	<p>๓.๑ เพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายจากการดำเนินงาน</p> <p>- ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน</p> <p>๒๐ กลุ่ม (HGR)</p>	<p>๓.๑ ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน <math>&gt; ๔</math> ตัว (มากกว่า ระดับ B-) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน ๗ ตัว</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕</p>

		<p>- ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทสิทธิเปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน ๒๐ กลุ่ม (HGR)</p> <p>๓.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน</p> <p>-พัฒนาและใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน</p> <p>- ประเมิน / ควบคุม ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง</p> <p>- ประเมินและควบคุม ประสิทธิภาพการบริหารเจ้าหน้าที่ ลูกหนี้ สิ้นค้าคงคลัง และค่าตอบแทนค้างจ่าย</p>	
	<p><b>มาตรการที่ ๔:</b> พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)</p>	<p>๔.๑ พัฒนาระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน</p> <p>๔.๒ พัฒนาระบบการตรวจสอบบัญชี</p> <p>๔.๓ พัฒนาระบบงานสารสนเทศด้านการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร ( Executive Information System: EIS)</p> <p>๔.๔ พัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS</p>	<p>๔.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐(อิเล็กทรอนิกส์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ (ผู้ตรวจสอบบัญชี)</p> <p>๔.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็นศูนย์ต้นทุนนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณเข้าระบบ GFMS</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕</p>
	<p><b>มาตรการ ๕: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network &amp; Capacity Building)</b></p>	<p>๕.๑ พัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการเงิน (CFO)</p> <p>๕.๒ พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบบัญชี (Auditor)</p>	<p>๕.๑ ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลัง (CFO และ Auditor) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลังที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐</p>

**มาตรการที่ ๑ :**

**การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)**

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	๑. ปรับเกลียววงเงินตามที่กระทรวงกำหนดรวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ในการปรับเกลียวตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ ๒. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) ๓. พัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินในเขต ๔. พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย	๑. มีหลักเกณฑ์การปรับเกลียวระดับเขต ๒. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) ๓. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน/ชดเชยเงิน UC
จังหวัด	๑. มีหลักเกณฑ์ในการปรับเกลียววงเงินตามที่เขตกำหนด ๒. ปรับเกลียววงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด ๓. ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ชดเชยตามเวลาที่กำหนด	๑. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด ๒. รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน
หน่วยบริการ	๑. มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับ รพ. แม่ ช่ า ย แ ล ะ ลู ก ช่ า ย ๒. คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ช่ายและลูกช่ายตามที่ยี่ส่วนกลาง/เขตกำหนด ๓. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ช่ายและลูกช่าย	๑. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ๒. รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน ๓. มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินทั้งแม่ช่ายและลูกช่าย ๔. มีตัวเลขทั้งรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ช่ายและลูกช่าย

**มาตรการที่ ๒ :**

**ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)**

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	๑. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๒. วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) ๓. ตรวจ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (๗ แผน) ของจังหวัด	๑. มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๒. ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) ๓. ผลการตรวจ อนุมัติ มีแผนการกำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (๗ แผน) ของจังหวัด

จังหวัด	๑. กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๒. ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด ๓. ตรวจ อนุมัติ ปีละ ๒ ครั้ง กำกับติดตามแผนและผลทางการเงิน (๗ แผน) รายเดือน	๑. มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๒. มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการในจังหวัด ๓. ผลการตรวจ อนุมัติ ปีละ ๒ ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (๗ แผน) รายเดือน
หน่วยบริการ	๑. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด ๒. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย ๓. กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน รายเดือน ( ๗ แผน)	๑. หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕ ) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๒. หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่ายไม่เกินร้อยละ ๕ (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕ ) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

มาตรการที่ ๓ :

สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	๑. มีแนวทางการจัดซื้อร่วมระดับเขต ๒. มีแนวทางการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง ๓. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว ในการกำกับ ๔. แผน ประเมิน ประสิทธิภาพ FAI (ไขว้จังหวัด) ๕. วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่	๑. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ ๒. มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับเขต ๓. การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว ทุกรายไตรมาส ๔. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) ทุกรายไตรมาส ๕. มีระบบเฝ้าระวังและแผนการตรวจเยี่ยม
จังหวัด	๑. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต ๒. การบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง ๓. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว ในการกำกับ ๔. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด) ๕. การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่	๑. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ ๒. ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ ๓. หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว ๔. หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) ๕. แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่ที่มีความเสี่ยงวิกฤติ



<b>หน่วยบริการ</b>	๑. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต ๒. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทน ร่วมกับการบริหารด้านการเงิน การคลัง ๓. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว ๔. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)	๑. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ ๒. ใช้แนวทาง แนวทางหลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับหน่วยบริการ ๓. ได้รับการประเมินตามดัชนี ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว ๔. ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ (FAI)
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**มาตรการที่ ๔ :**

**พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)**

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
<b>เขต</b>	๑. ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. ควบคุม กำกับติดตามการส่งข้อมูลทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา ๓. จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด	๑. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน ๒. แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด ๓. รายงานผลการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ
<b>จังหวัด</b>	๑. ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการและนำมาพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ ๓. ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานด้านบัญชี	๑. กำกับ ติดตามการส่งรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลาทุกเดือน ๒. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์การประเมินรายเดือน
<b>หน่วยบริการ</b>	๑. จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. ส่งรายงานข้อมูลงบทดลองให้เป็นตามแนวทางที่กำหนด ๓. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับการตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบภายในและภายนอก	๑. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพรายเดือน ๒. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ ๑ ครั้ง

**มาตรการที่ ๕ :**

**พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)**

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	๑. แผนการประชุม CFOเขต ๒. แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง ๓. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFOและAuditor ในระดับเขตร่วมกับกระทรวง	๑. มีการประชุม CFO เขต รายไตรมาส ๒. มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง ๓. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFOและ Auditor ร่วมกับกระทรวง
จังหวัด	๑. แผนการประชุม CFO จังหวัด ๒. แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต ๓. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ในระดับจังหวัด	๑. มีการประชุม CFO จังหวัด รายไตรมาส ๒. มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต ๓. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ในระดับจังหวัด
หน่วยบริการ	๑. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP ๒. แผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ ๓. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น	๑. มีการประชุม CFO ระดับ CUP รายไตรมาส ๒. มีแผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ ๓. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น

**การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin**

ระดับ	การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin
เขต	๑. เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ ๒. เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการมีให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตามแนวทางในข้อ ๑ และ การอนุมัติ ๓. เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับเฝ้าระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต ๔. เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin

ระดับ	การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin
จังหวัด	<p>๑. จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคุมกับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และมีระบบรายงานขเขต</p> <p>๒. จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตารางPlanFin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี EBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า ๒๐% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรองน้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้เป็นระดับ ๗</p> <p>๓. จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับปรุงประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มีกระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงาน ลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง</p> <p>๔. จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงิน ตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และมีระบบรายงานขเขต</p>
หน่วยบริการ	<p>๑. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด</p> <p>๒. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>๓. กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน ( ทั้ง ๗ แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ ๕</p> <p>    ๓.๑ หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕ )</p> <p>    ๓.๒ หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ ๕ (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕ )</p>

**เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงานการบริหารจัดการการเงินการคลัง**

	เครื่องมือ	รายเดือน	รายไตรมาส	รายปี	หมายเหตุ
บริหารแผน	๑.แผนการเงินการคลัง (Planfin)	/	/	/	
	๒.การวิเคราะห์ความคุ้มค่าการลงทุน (Feasibility study)			/	ตามแผนการลงทุน
ปรับปรุงประสิทธิภาพ	๓.หนังสือแสดงเจตจำนงปรับปรุงประสิทธิภาพบริหารจัดการด้านการเงิน (Letter of Intent : LOI)	/	/	/	กรณีที่ได้รับการช่วยเหลือ
	๔.แผนปรับปรุงประสิทธิภาพ (Performance Plan)	/	/	/	กรณีที่ได้รับการช่วยเหลือ
ประเมินขบวนการ	๕.เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI)		/	/	
	๖.เกณฑ์ประเมินคุณภาพบัญชี (Account Audit Score)			/	
	๗.ดัชนีวัดผลควบคุมภายในและความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล (Risk Matrix Scoring)			/	
การเฝ้าระวัง	๘.ดัชนีวัดผลความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง ( Financial Risk Scoring )	/	/	/	
	๙.ดัชนีเปรียบเทียบค่ากลางด้านการเงินการคลังหน่วยบริการ (Financial Benchmarking Hospital Group Ratio :HGR )	/	/	/	
	๑๐.ดัชนีวัดผลด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ( Unit Cost )	/	/	/	

เกณฑ์เป้าหมาย					
		ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
		๖	๔	๒	๐
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน ๒. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส				
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน				
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี ๒๕๖๑ :					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๖	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๖	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๖	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๖	
ปี ๒๕๖๒ :					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๔	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๔	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๔	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๔	

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ ๒	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ ๒	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ ๒

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ ๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ ๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ ๐

วิธีการประเมินผล :

การวัด/วิเคราะห์

เอกสารสนับสนุน :

รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส ๑/๕๗	ไตรมาส ๑/๕๘	ไตรมาส ๑/๕๙	ไตรมาส ๑/๖๐
		ร้อยละ ๑๑.๕๘	ร้อยละ ๖.๓๑	ร้อยละ ๘.๗๑	ร้อยละ ๐.๕๖
		ไตรมาส ๒/๕๗	ไตรมาส ๒/๕๘	ไตรมาส ๒/๕๙	ไตรมาส ๒/๖๐
		ร้อยละ ๑๒.๑๓	ร้อยละ ๕.๗๖	ร้อยละ ๕.๐๔	ร้อยละ ๐.๕๖
		ไตรมาส ๓/๕๗	ไตรมาส ๓/๕๘	ไตรมาส ๓/๕๙	ไตรมาส ๓/๖๐
		ร้อยละ ๑๒.๙๑	ร้อยละ ๑๒.๑๙	ร้อยละ ๙.๘๓	ร้อยละ ๓.๒๓
		ไตรมาส ๔/๕๗	ไตรมาส ๔/๕๘	ไตรมาส ๔/๕๙	ไตรมาส ๔/๖๐
		ร้อยละ ๙.๑๘	ร้อยละ ๑๕.๖๕	ร้อยละ ๑๓.๖๐	

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>๑. นายแพทย์วิเชียร เทียนจารุวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๕๓ โทรสาร :</p> <p>๒. นายแพทย์ชุมพล นุชผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>๓. นางอุทัย เกษรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๙๕ โทรสาร :</p> <p>๔. นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๖</p> <p>๕. นางสาวโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๖</p>	<p>ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :resoke@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร และ ประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kuthai๒@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและ ยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :nimanong_๑๕@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :meawrnothai@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. นางสาวโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๖</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :meawrnothai@gmail.com</p>
<p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		

**หมายเหตุ:**

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เป็นรายละเอียดตัวชี้วัดเดียวกันกับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ซึ่งจัดทำโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)  
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

ระหว่าง

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป  
กับ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลเขต  
และ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



## รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ(Performance Agreement: PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑  
 ของ ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป  
 เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	๒. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	๑. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการแสดงผล	กระทรวง
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	*๑. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป</p> <p><b>คุณภาพ หมายถึง</b> มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <p>๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....</p> <p>๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุมจัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็นที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</p> <p><b>อำเภอ หมายถึง</b> เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้</p>



	ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๘๗๘ แห่ง								
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ</li> <li>- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ ๕๐</li> </ul> <table border="1" data-bbox="403 432 1394 533"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔						
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐						
<p><b>หมายเหตุ :</b></p> <p><b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)</b>  ร้อยละของอำเภอที่มี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....ที่มีคุณภาพร้อยละ ๕๐ (อำเภอที่มีคุณภาพ คือ อำเภอที่มี DHS ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไปตามแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Plan จนถึงตำบลจัดการคุณภาพชีวิต)</p> <p><b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)</b>  การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย ๒ เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่</p>									
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง)								
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)								
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	การรายงาน								
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล								
<b>รายการข้อมูล ๑</b>	A = จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ								
<b>รายการข้อมูล ๒</b>	B = จำนวนอำเภอ ๘๗๘ แห่ง								
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$								
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส๔								

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น	มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลังร้อยละ ๕๐

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๓:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๗๐

ปี ๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๘๐

วิธีการประเมินผล :

- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : พชอ.)
- มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ ๒ เรื่อง
- มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)

เอกสารสนับสนุน :

- (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....
- คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ	-	-	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>๑. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๖๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๘๐๒</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๒๓๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๒๓๙</p> <p>๓. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๒๓๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๒๓๙</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๒๓๐๕๓๖ E-mail : yyt๒๕๐๘@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหาร การสาธารณสุข รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๒๓๐๕๓๖ E-mail : peed.pr@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>๑. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๑</p> <p>๒. นางสมสินี เกษมศิลป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๑</p> <p>๓. นางเอื้อมพร จันทร์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๒๓๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๒๓๙</p> <p>๔. นายทองดี มั่งดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๑</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๔๕๔ E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๔๗๒๐๕๒ E-mail : somnee@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๑๓๑๖๘๐๐ E-mail : dhb.moph@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔-๒๔๙๐๕๕๕ E-mail: mungdee@health.moph.go.th</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๒. ร้อยละของจังหวัดที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง											
คำนิยาม	<p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>ทีมปฏิบัติการ/ส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) หมายถึง ทีมภาคสนามที่สามารถลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคและภัยสุขภาพที่ลงปฏิบัติการ เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ จังหวัด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๙๕</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔									
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐									
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดทุกจังหวัด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด											

แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนจังหวัดที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒ และ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
ปี ๒๕๖๑ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๘๕
ปี ๒๕๖๒ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๙๐
ปี ๒๕๖๓ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๙๕
ปี ๒๕๖๔ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๑๐๐
วิธีการประเมินผล :	<p>ปี ๒๕๖๑ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๘๕)  ขั้นตอนที่ ๑ - ๕ สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย</p> <p>ไตรมาสที่ ๑ (รอบ ๓ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๑ ได้  ไตรมาสที่ ๒ (รอบ ๖ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๒ และ ๓ ได้  ไตรมาสที่ ๓ (รอบ ๙ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๔ ได้  ไตรมาสที่ ๔ (รอบ ๑๒ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๘๕)</p> <p>ปี ๒๕๖๑ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๘๕)  ปี ๒๕๖๒ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๙๐)  ปี ๒๕๖๓ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๙๕)  ปี ๒๕๖๔ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๑๐๐)</p>		

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบผลการประเมินผล		
๑	ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร	- หลักฐานรายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน ๘ ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุมโรค) อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ คน		
๒	จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด ในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	- รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ		
๓	จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยจังหวัดละ ๓ คน และ ภาวะฉุกเฉินจังหวัดละ ๔ คน)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะปกติ ประจำเดือน/ปีงบประมาณ ๒๕๖๑</li> <li>- รายชื่อการจัดทำทะเบียน SAT ภาวะฉุกเฉิน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยชื่อไม่ซ้ำกับ SAT ภาวะปกติ</li> <li>- สามารถจัดทำ Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์</li> <li>- สามารถจัดทำ Spot Report ได้ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด</li> <li>- ผู้มีรายชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ผ่านการฝึกปฏิบัติ SA ตามเวรประจำสัปดาห์ (ที่ กรมควบคุมโรค หรือ สคร.) หรือผ่านอบรมแนวทางการปฏิบัติงาน</li> </ul>		
๔	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	- มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ ระดับจังหวัด ตาม template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด		

	๕	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการพร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		
เอกสารสนับสนุน :	๑. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๔ (ฉบับปรับปรุง) ๒. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ๓. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
	ร้อยละ ๘๕ ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	-	-	๘๐
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางวัชรีย์ แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๘๔		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :wacharr@hotmail.com		
	๒. นางสาวบรรวรณ ดิเรกโภค โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๘๔		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๘๓๑๘๙๙๙ E-mail : borworn๖๗@gmail.com		
	๓. นางสาวณิชชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๘๔		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๐-๗๐๖๖๕๕๐ E-mail: milkthanatcha@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางวัชรีย์ แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๘๔		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :wacharr@hotmail.com		

	<p>๒. นางสาวบวรวรรณ ดิเรกโภาค  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๗๙๓  โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๗๘๔</p> <p>๓. นางสาวนัชชา ไทยธนสาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๗๙๓  โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๗๘๔</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๘๓๑๘๙๙๙  E-mail : borworn๖๗@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๐-๗๐๖๖๕๕๐  E-mail: milkthanatcha@gmail.com</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)	
แผนที่	๔. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการที่	๑. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๓. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
	<b>ระดับพื้นฐาน</b>	
	<b>ขั้นตอนที่ ๑ การสร้างกระบวนการพัฒนา</b>	
	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
	<b>ขั้นตอนที่ ๒ จัดกิจกรรม GREEN</b>	
	G: GARBAGE	๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕
		๓. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
	R: RESTROOM	๔. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก
	E: ENERGY	๕. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
	E: ENVIRONMENT	๖. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกร่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ
	๗. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	
N: NUTRITION	๘. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน	
	๙. ร้อยละ ๘๐ ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย	

	๑๐. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
<b>ระดับดี</b>	
	๑๑. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
	๑๒. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
<b>ระดับดีมาก</b>	
	๑๓. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	๑๔. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
- ร้อยละ ๒๐ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง	- ร้อยละ ๔๐ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	- ร้อยละ ๖๐ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง	- ร้อยละ ๘๐ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital		
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	๑. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่วิเคราะห์ แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันที่ ๒๐ ของเดือน ๓. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และส่งรายงานรายเดือน ให้กรมอนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) ผ่านระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติการ (DOC) กรมอนามัย เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
<b>รายการข้อมูล ๑</b>	A๑ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน		

	<p><math>A_2</math> = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN &amp; CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี</p> <p><math>A_3</math> = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN &amp; CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p>
รายการข้อมูล ๒	$B$ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><math>((A_1+A_2+A_3)/B) \times 100</math> = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN &amp; CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป</p> <p><math>((A_2+A_3)/B) \times 100</math> = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN &amp; CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป</p> <p><math>(A_3/B) \times 100</math> = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN &amp; CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p>
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละ ๑ ครั้ง

**เกณฑ์การประเมิน**

**ปี ๒๕๖๑ :**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๙๐	<p>๑.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๙๕</p> <p>๒.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๕๐</p>	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐	<p>๑.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๐</p> <p>๒.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ ๑ แห่ง</p>

**ปี ๒๕๖๒ :**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๗๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ ๔๐

**ปี ๒๕๖๓ :**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๙๐	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐	<p>๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก ร้อยละ ๖๐</p> <p>๒. โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อย จังหวัดละ ๑ แห่ง</p>





หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	๕. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)										
โครงการที่	๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ										
ระดับการแสดงผล	เขตและ ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	*๔. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)										
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว ๑ ทีม ให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ ๑๐,๐๐๐คน ±๒๐%</p> <p><b>ประกอบด้วย</b> แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ๔ คน ทันตภิบาล ๑ คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ๔ คน แพทย์แผนไทย ๑ คน รวมทีมให้บริการ ๓ ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๑ Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพในเครือข่าย ทันตแพทย์ ๑ คน เภสัชกร ๑ คน และนักกายภาพบำบัด ๑ คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๑ อาจเริ่มต้นที่ ร้อยละ ๕๐)</p> <p><b>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง</b> จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ๑๐ ปี</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๓๖ (๑,๑๗๐ ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี ๖๑ จำนวน ๕๗๔ ทีม</td> <td>ร้อยละ ๕๗ (๑,๘๕๓ ทีม)</td> <td>ร้อยละ ๗๘ (๒,๕๓๕ ทีม)</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐ (๓,๒๕๐ ทีม)</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ร้อยละ ๓๖ (๑,๑๗๐ ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี ๖๑ จำนวน ๕๗๔ ทีม	ร้อยละ ๕๗ (๑,๘๕๓ ทีม)	ร้อยละ ๗๘ (๒,๕๓๕ ทีม)	ร้อยละ ๑๐๐ (๓,๒๕๐ ทีม)
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔								
ร้อยละ ๓๖ (๑,๑๗๐ ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี ๖๑ จำนวน ๕๗๔ ทีม	ร้อยละ ๕๗ (๑,๘๕๓ ทีม)	ร้อยละ ๗๘ (๒,๕๓๕ ทีม)	ร้อยละ ๑๐๐ (๓,๒๕๐ ทีม)								
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ ๑๒ เขต										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน										
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข										

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม ๑,๑๗๐ ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี ๒๕๖๑ จำนวน = ๕๗๔ ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี ๒๕๖๐ จำนวน ๕๙๖ ทีม)			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี ๒๕๖๑ = ๓,๒๕๐ ทีม)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี ๒๕๖๑ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	๗๒๔ ทีม (สะสม)	๗๘๘ ทีม (สะสม)	๑,๐๔๔ ทีม (สะสม)	๑,๑๗๐ ทีม(สะสม) ร้อยละ ๓๖
ปี ๒๕๖๒ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
				ร้อยละ ๕๗
ปี ๒๕๖๓ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
				ร้อยละ ๗๘
ปี ๒๕๖๔ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
				ร้อยละ ๑๐๐
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ			
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			๒๕๕๘	๒๕๕๙
	-	-	-	ตั้งเป้าไว้ ๔๘ทีม และทำได้ตามเป้าแล้ว คิดเป็นร้อยละ ๑.๔๘
				เปิดดำเนินการได้ ๕๙๖ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓๔
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. แพทย์หญิงดวงดาว ศรียากุล รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๕๓๓๒๗๒๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๑ E-mail : duangdao๑๗๐@gmail.com สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว			

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๔๘๔ โทรสาร : กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๕๖๑๗๖๗ E-mail :boonchai๖๕@gmail.com</p> <p>๒. แพทย์หญิงดวงดาว ศรียากุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๑ E-mail :duangdao๐๑๗๐@gmail.com</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓. นางจรรุณี จันทร์เพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๐๑ E-mail : jchanphet@gmail.com</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>



หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)												
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)												
โครงการที่	๒.โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล												
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๕. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ๕.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ๕.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)												
คำนิยาม	<p>๕.๑ RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU๑ และ RDU๒</p> <p>- RDU ๑ หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>- RDU ๒ หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมายระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี ๓ ระดับดังนี้</p> <p>■ RDU ขั้นที่ ๑ หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <table border="1" data-bbox="550 1144 1513 1601"> <thead> <tr> <th>RDU ๑ (รพ.)</th> <th>RDU ๒ (รพ.สต.ใน CUP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>๑. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</td> </tr> <tr> <td>๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	RDU ๑ (รพ.)	RDU ๒ (รพ.สต.ใน CUP)	๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	๑. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค	๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓		๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ		๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓		๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓	
RDU ๑ (รพ.)	RDU ๒ (รพ.สต.ใน CUP)												
๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	๑. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค												
๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓													
๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ													
๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓													
๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓													

■ RDU ขั้นที่ ๒ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU ๑	RDU ๒
<p>๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ ๑</p> <p>๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และ สตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด</p> <p>๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๐</p> <p>๔. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕</p> <p>๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>	<p>๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต.ทั้งหมด ในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p>

■ RDU ขั้นที่ ๓ หมายถึง มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU ๑	RDU ๒
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>๑. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด</p>	<p>๑. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p>

๕.๒ AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการ ทั้ง ๖ กิจกรรมสำคัญ ดังนี้

กิจกรรม AMR
<p>๑ กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR</p> <p>โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (๑) ผู้บริหารโรงพยาบาล (๒) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (๓) ประธาน Patient Care Team (PCT) (๔) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (๕) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (๖) เกสซ์กร (๗) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (๑) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (๒) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ</p>

	<p>๒ การควบคุม กำกับ และดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, Third and fourth generation of cephalosporins, Fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น <i>Cefoperazone-Sulbactam</i>, <i>Piperacillin/tazobactam</i>, <i>Amoxicillin-Clavulanic acid</i></p>
	<p>๓ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (๑) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ ๑ ครั้ง (๒) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาลเช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ ๑ ครั้ง และ (๓) รายการเชื้อก่อโรค และความไวของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ ๑ ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของตนยังสถาบันบิรารศนราตุร กรมควบคุมโรค</p>
	<p>๔ การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ๔.๑ โรงพยาบาลจัดทำ (๑) antibiogram อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (๒) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ ๑ ครั้งและส่งข้อมูล (๑) และ (๒) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขตรับผิดชอบ</p>
	<p>๔.๒ โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ๘ ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella spp.</i>, <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
	<p>๕ วิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐ RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๒๐	RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๘๐	RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๘๐ RDU ชั้นที่ ๓ ร้อยละ ๒๐	RDU ชั้นที่ ๓ ร้อยละ ๘๐
AMR: ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาล มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ			

**วัตถุประสงค์**

๑. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา
๒. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย**

RDU:โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ในเครือข่ายระดับอำเภอ  
AMR:โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน																
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน																
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ ๒																
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด																
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ดำเนินกิจกรรม AMR ตามที่กำหนด																
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU: $(A/B) \times 100$ AMR: $(C/D) \times 100$																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔																
เกณฑ์การประเมิน :																	
ปี ๒๕๖๑ :																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๖๐</td> <td>RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๗๐</td> <td>RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐</td> <td>RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐</td> </tr> <tr> <td>RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๕</td> <td>RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๑๐</td> <td>RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๑๕</td> <td>RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๒๐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AMR: ร้อยละ ๔๐ ของ โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ</td> <td>AMR: ร้อยละ ๗๐ ของ โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๖๐	RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๗๐	RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐	RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐	RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๕	RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๑๐	RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๑๕	RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๒๐			AMR: ร้อยละ ๔๐ ของ โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	AMR: ร้อยละ ๗๐ ของ โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน														
RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๖๐	RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๗๐	RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐	RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐														
RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๕	RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๑๐	RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๑๕	RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๒๐														
		AMR: ร้อยละ ๔๐ ของ โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	AMR: ร้อยละ ๗๐ ของ โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ														
ปี ๒๕๖๒ :																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๘๐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน				RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๘๐									
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน														
			RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๘๐														
ปี ๒๕๖๓ :																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๘๐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>RDU ชั้นที่ ๓ ร้อยละ ๒๐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน				RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๘๐				RDU ชั้นที่ ๓ ร้อยละ ๒๐					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน														
			RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๘๐														
			RDU ชั้นที่ ๓ ร้อยละ ๒๐														
ปี ๒๕๖๔ :																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>RDU ชั้นที่ ๓ ร้อยละ ๘๐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน				RDU ชั้นที่ ๓ ร้อยละ ๘๐									
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน														
			RDU ชั้นที่ ๓ ร้อยละ ๘๐														
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล																
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล																



หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery											
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๖. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery											
คำนิยาม	<p>One Day Surgery (ODS) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน ๑๒ โรค หัตถการตามรายละเอียดแนบท้าย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. Inguinal hernia , Femoral hernia</li> <li>๒. Hydrocele</li> <li>๓. Hemorrhoid</li> <li>๔. Vaginal bleeding</li> <li>๕. Esophagogastric varices</li> <li>๖. Esophageal stricture</li> <li>๗. Esophagogastric cancer with obstruction</li> <li>๘. Colorectal polyp</li> <li>๙. Common bile duct stone</li> <li>๑๐. Pancreatic duct stone</li> <li>๑๑. Bile duct stricture</li> <li>๑๒. Pancreatic duct stricture</li> </ol>											
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ ๖๑</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๒</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๓</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๔</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๑๕</td> <td>ร้อยละ ๒๐</td> <td>ร้อยละ ๒๕</td> <td>ร้อยละ ๓๐</td> </tr> </table> <p>หมายเหตุ : เกณฑ์เป้าหมายของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อาจจะปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของการประเมินโครงการปี ๒๕๖๑</p>					ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๓๐
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔									
ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๓๐									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน</li> <li>๒. ลดระยะเวลาการคอยผ่าตัดสั้นลง</li> <li>๓. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย</li> <li>๔. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ</li> </ol>											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน											
แหล่งข้อมูล	เขตบริการสุขภาพ, Health Data Center											
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery											

รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี ๒๕๖๑:				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๑๕		ร้อยละ ๑๕	
ปี ๒๕๖๒:				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๒๐		ร้อยละ ๒๐	
ปี ๒๕๖๓:				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๒๕		ร้อยละ ๒๕	
ปี ๒๕๖๔:				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๓๐		ร้อยละ ๓๐	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)			
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) ๒. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	-	ร้อยละ	๒๕๕๗	๒๕๕๘
			NA	NA
			๒๕๕๙	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นายทวี รัตนชูเอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๓๕๔๘๐๗๗ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๑-๘๑๔๕๗๐๕ โทรสาร : ๐๒-๓๕๔๘๑๔๖ E-mail : thawee๑๙๕๘@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ ๒. นายแพทย์ทวีชัย วิษณุโยธิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๔-๒๓๕๐๐๐ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๑-๙๖๗๔๑๔๘ โทรสาร ๐๔๔-๒๓๕๓๘๘ E-mail : taweechai๑@hotmail.com โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา			

	<p>๓. นายแพทย์วิบูลย์ ภัณฑชาติกรณ์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๔-๕๘๗๘๐๐      โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๔๑๗๗๔๖  โทรสาร : ๐๓๔-๕๑๑๕๐๗      E-mail : wibunphantha@yahoo.com</p> <p><b>โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา</b></p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและ  จัดทำข้อมูล  (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>๑. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  ๒. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ      รองผู้อำนวยการสำนักนิตเวชระบบการแพทย์  กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๖๓๕๗      โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔  โทรสาร ๐๒-๙๖๕๙๘๕๑      E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล  การดำเนินงาน</b></p>	<p>๑. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ      รองผู้อำนวยการสำนักนิตเวชระบบ  การแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๖๓๕๗      โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔  โทรสาร ๐๒-๙๖๕๙๘๕๑      E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>๒. นายปวิช อภิบาลกุล      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๖๓๔๗      โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๙๕๙๔๔๙๙  โทรสาร : ๐๒-๕๕๑๘๒๗๙      E-mail : <a href="mailto:eva๖๓๔๗๕๒@gmail.com">eva๖๓๔๗๕๒@gmail.com</a></p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p>



หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	๗. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ								
โครงการที่	๑. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ								
ระดับการแสดงผล	เขต								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๗. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (ECS)								
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมี เป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑ และ ๒</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึง เวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๒ น้อยกว่าร้อยละ * โรงพยาบาลชลบุรี ร้อยละ ๑๔.๗, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ร้อยละ ๑๒.๘</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๑๒*</td> <td>ร้อยละ ๑๐</td> <td>ร้อยละ ๘</td> <td>ร้อยละ ๖</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ร้อยละ ๑๒*	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๘	ร้อยละ ๖
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔						
ร้อยละ ๑๒*	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๘	ร้อยละ ๖						
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ</p>								

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F๒ ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	HDC ๑. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน ๒. ระยะเวลาจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION ๓. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแพ้ม ACCIDENT
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน ๔๓ แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๒ น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<b>๑.ระบบข้อมูล</b> - มี National Triage - จัดทำคู่มือ ER คุณภาพ และความ ปลอดภัย(ER Safety Goals) -ปรับปรุงเกณฑ์ ประเมินคุณภาพระบบ การรักษาพยาบาล ฉุกเฉิน (ECS) - จัดทำมาตรฐานข้อมูล ห้องฉุกเฉิน -สื่อสารนโยบายและ การดำเนินงานพัฒนา ห้องฉุกเฉิน	<b>๑.ระบบข้อมูล</b> - จำนวน รพ. F๒ ขึ้น ไป ส่งข้อมูลแพ้ม Accident ร้อยละ ๔๐ <b>๒. การจัดการสาธารณสุข            ในสถานพยาบาล</b> - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปที่ ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ ๔๐ <b>๓. ER คุณภาพ</b> - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M๑, S, A มี TEA unit ที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ ๔๐	<b>๑.ระบบข้อมูล</b> - จำนวน รพ. F๒ ขึ้น ไป ส่งข้อมูลแพ้ม Accident ร้อยละ ๖๐ <b>๒. การจัดการสาธารณสุข            ในสถานพยาบาล</b> - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปที่ ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ ๖๐ - จำนวนของ โรงพยาบาลตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ ร้อยละ ๗๐ <b>๓. ER คุณภาพ</b> - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M๑, S, A มี TEA unit ที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ ๖๐	<b>๑.ระบบข้อมูล</b> - จำนวน รพ. F๒ ขึ้น ไป ส่งข้อมูลแพ้ม Accident ร้อยละ ๘๐ <b>๒. การจัดการสาธารณสุข            ในสถานพยาบาล</b> - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปที่ ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ ๘๐ <b>๓. ER คุณภาพ</b> - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M๑, S, A มี TEA unit ที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ ๘๐

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๑๐

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๘

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๖

วิธีการประเมินผล :

**ขั้นตอนที่ ๑** โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล  
 ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่

- ๑.๑ จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก
- ๑.๒ รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้อง  
 ฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ๑.๓ วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
- ๑.๔ Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ
- ๑.๕ วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ
- ๑.๖ นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
- ๑.๗ ติดตามและประเมินผลทุก ๑-๓ เดือน

**ขั้นตอนที่ ๒** เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- ๒.๑ จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล
- ๒.๒ เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน  
 ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด
- ๒.๓ สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม

**ขั้นตอนที่ ๓** ส่วนกลาง

- ๓.๑ จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล  
 /เขต
- ๓.๒ เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน  
 ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต
- ๓.๓ วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ  
 เครื่องมือ

เอกสารสนับสนุน :

<http://www.who.int/bulletin/volumes/๙๑/๕/๑๒-๑๑๒๖๖๔/en/>  
 คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</b></p>	<p>๑. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๖๒๘๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑๘๒๗๖ E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>๒. นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๕-๒๑๑๘๘๘ ต่อ ๒๑๐๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๕๖๙๔๘๘๖ โทรสาร : ๐๓๕-๒๔๒๑๘๒ E-mail : rattapong.b@gmail.com</p> <p><b>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</b></p> <p>๓. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๑๔๑๔๗๖๙ โทรสาร : ๐๓๗-๒๑๑๒๙๗ E-mail : beera๐๒๔@gmail.com</p> <p><b>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จ.ปราจีนบุรี</b></p> <p>๔. นายแพทย์ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๔๐๐๖๑๔ โทรสาร : E-mail :</p> <p><b>โรงพยาบาลราชวิถี</b></p> <p>๕. นายแพทย์สัจจะ ชลิตาภรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๙๒๕๔๖๕๖ โทรสาร : E-mail : tsenjoyme@gmail.com</p> <p><b>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี</b></p> <p>๖. นายแพทย์เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๘๐๓๓๓๑๐ โทรสาร : E-mail : k.yothesamutr@gmail.com</p> <p><b>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน</b></p> <p>๗. นางธันณจิรา ธนาศิริชัชพันธ์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๔๘๘๑๖๖๙ โทรสาร : E-mail : thunjira.t@niems.go.th</p> <p><b>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</b></p>
<p><b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<p>๑. นายแพทย์กิตติพงศ์ สัญชาติวิรุฬห์ ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๒๕๕๔๗๑๑ โทรสาร : Email : dr_nok@yahoo.com</p> <p><b>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</b></p> <p>๒. นายแพทย์สุนทร ชินประสาทศักดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๖๐๖๐๖๙ โทรสาร : Email: soontornchin@gmail.com</p> <p><b>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</b></p>

	<p>๓. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๖๒๘๖ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑๘๒๗๖</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>๔. นางนริศรา แยมทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๖๒๘๕ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑๘๒๗๖ narissara.yamsub@gmail.com</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</b></p> <p>๕. นางพรทิพย์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p><b>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</b></p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘ E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๘๘๓๙๒๕ E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๒๔๑๗๗๑ Email: pherex๐๙๙@gmail.com</p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>๑. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๖๒๘๖ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑-๘๒๗๖</p> <p>๒. นางนริศรา แยมทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๖๒๘๕ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑๘๒๗๖</p> <p><b>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</b></p> <p>๓. นายแพทย์สุนทร ชินประสาทศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p><b>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</b></p> <p>๔. นายโสรัจจะ ชูแสง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โทรสาร :</p> <p><b>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</b></p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘ E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๘๘๓๙๒๕ E-mail narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๖๐๖๐๖๙ Email: soontornchin@gmail.com</p> <p>หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๒๗๑๖๖๙ Email : sorajja.c@niems.go.th</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b></p>	<p>๑. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๖๒๘๖ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑-๘๒๗๖</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘ E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p>

	<p>๒. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๘๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๘๘๓๙๒๕  โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๑๔๑๔๗๖๙  โทรสาร : ๐๓๗-๒๑๑๒๙๗ E-mail : beera๐๒๔@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จ.ปราจีนบุรี</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	๘. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ											
โครงการที่	๑. โครงการเฉลิมพระเกียรติ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	*๘. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่											
คำนิยาม	<p>๑. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>๓. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔									
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕									
วัตถุประสงค์	เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๐)											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรครวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล								
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๑								
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔ หมายเหตุ : - ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๑ - ติดตามตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส								
<b>เกณฑ์การประเมิน</b> <b>ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ :</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> </tr> </table>		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน				ร้อยละ ๘๕
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน						
			ร้อยละ ๘๕						
วิธีการประเมินผล	ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ <b>แนวทางการประเมินผล</b> <b>๑. ระดับสำนักวัณโรค</b> ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) ในภาพรวมของประเทศ <b>๒ ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</b> ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) ในระดับพื้นที่ <b>๓ ระดับจังหวัด</b> ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน								



	<p>ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด</p> <p><b>เกณฑ์การให้คะแนน</b></p> <p><b>ตารางที่ ๑</b> เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐)</p> <table border="1" data-bbox="584 506 1527 618"> <tr> <th>๑ คะแนน</th> <th>๒ คะแนน</th> <th>๓ คะแนน</th> <th>๔ คะแนน</th> <th>๕ คะแนน</th> </tr> <tr> <td>≤๘๑</td> <td>๘๒</td> <td>๘๓</td> <td>๘๔</td> <td>≥๘๕</td> </tr> </table>	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน	≤๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	≥๘๕									
๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน																
≤๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	≥๘๕																
<p><b>เอกสารสนับสนุน</b></p>	<p>๑.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ</p> <p>๒.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล</p>																			
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<table border="1" data-bbox="616 763 1506 1088"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Baseline data</th> <th rowspan="3">หน่วยวัด</th> <th colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">๒๕๕๘</th> <th colspan="3">๒๕๕๙</th> </tr> <tr> <th>Cohort ๑/๕๙</th> <th>Cohort ๒/๕๙</th> <th>Cohort ๓/๕๙</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๗๙.๕</td> <td>๘๐.๓</td> <td>๗๘.๒</td> <td>๗๖.๗</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				๒๕๕๘	๒๕๕๙			Cohort ๑/๕๙	Cohort ๒/๕๙	Cohort ๓/๕๙	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๗๙.๕	๘๐.๓	๗๘.๒	๗๖.๗
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
				๒๕๕๘	๒๕๕๙															
		Cohort ๑/๕๙	Cohort ๒/๕๙		Cohort ๓/๕๙															
อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๗๙.๕	๘๐.๓	๗๘.๒	๗๖.๗															
<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<table border="0" data-bbox="600 1122 1506 1783"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>๑. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๕๑๘๗ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> <p>๒. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๕๑๘๗ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> <p>๓. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๘๒๔๑๙๖ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> <p>๔. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๖๐๕๖๗๑๐ E-mail : phalin๑@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๐๐๕๖๔๕ E-mail : ssthaitb@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com</p> </td> </tr> </table> <p><b>สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค</b></p>	<p>๑. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๕๑๘๗ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> <p>๒. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๕๑๘๗ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> <p>๓. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๘๒๔๑๙๖ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> <p>๔. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๖๐๕๖๗๑๐ E-mail : phalin๑@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๐๐๕๖๔๕ E-mail : ssthaitb@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com</p>																	
<p>๑. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๕๑๘๗ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> <p>๒. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๕๑๘๗ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> <p>๓. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๘๒๔๑๙๖ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p> <p>๔. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๖๐๕๖๗๑๐ E-mail : phalin๑@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๐๐๕๖๔๕ E-mail : ssthaitb@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com</p>																			
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค</p>																			

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	๑. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๙๓๕ กรมควบคุมโรค	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	๙. อุตสาหกรรมทางการแพทย์										
โครงการที่	๑.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์										
ระดับการแสดงผล	เขต , ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๙. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด										
คำนิยาม	<p><b>เมืองสมุนไพร</b> หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ ๔ มาตรการ ดังนี้</p> <p><b>มาตรการที่ ๑</b> สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน</p> <p><b>มาตรการที่ ๒</b> พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร</p> <p><b>มาตรการที่ ๓</b> ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด</p> <p><b>มาตรการที่ ๔</b> ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ</p> <p><b>เมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน</b> หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย ๔ จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ ๑) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ ๖) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ ๘) และจังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ ๑๑)</p> <p><b>เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย</b> หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย ๙ จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ ๒) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ ๓) จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ ๔) จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ ๕) จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ ๖) จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ ๗) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ ๙) จังหวัดอำนาจเจริญ(เขตสุขภาพที่ ๑๐) และจังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ ๑๒)</p>										
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b> จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑๒ เขต ๑๓ จังหวัด</td> <td>๑๒ เขต ๑๓ จังหวัด</td> <td>๑๒ เขต๑๓ จังหวัด</td> <td>๑๒ เขต๑๓ จังหวัด</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	๑๒ เขต ๑๓ จังหวัด	๑๒ เขต ๑๓ จังหวัด	๑๒ เขต๑๓ จังหวัด	๑๒ เขต๑๓ จังหวัด
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔								
๑๒ เขต ๑๓ จังหวัด	๑๒ เขต ๑๓ จังหวัด	๑๒ เขต๑๓ จังหวัด	๑๒ เขต๑๓ จังหวัด								
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน (๔ เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑,๖,๘ และ ๑๑										

	๒. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย (๙ เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘, ๑๐ และ ๑๒
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(รายงานทุกไตรมาส) ๒. การตรวจราชการและนิเทศงาน ๓. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
แหล่งข้อมูล	๑. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(รายงานทุกไตรมาส) ๒. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน ๓. ข้อมูลการประเมินโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเขตสุขภาพ ที่มีผลดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๑๓ จังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔

**เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๑:**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
<b>จังหวัดน่าน</b> ๑. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรอย่างน้อย ๑ กลุ่ม ๒. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร	<b>จังหวัดน่าน</b> ๑. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด ๒. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร ( Demand & Supply Matching)	<b>จังหวัดน่าน</b> ๑. เพิ่มจำนวน Shop/Outlet อย่างน้อยปีละ ๑ แห่ง ๒. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น ๒.๑ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion ( ไพลกระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย ๑ ผลิตภัณฑ์ ๒.๒ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย ๒ ผลิตภัณฑ์	<b>จังหวัดน่าน</b> ๑. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม ๑,๐๐๐ ไร่/ปี ๒. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐาน GMP อย่างน้อย ๑ แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ๓. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๒๐ ๔. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๕

			๕. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕
จังหวัดส่วนขยาย ๑. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย ๑ กลุ่ม	จังหวัดส่วนขยาย ๑. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด ๒. บุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสมุนไพร ได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)	จังหวัดส่วนขยาย ๑. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย ๑ แห่ง ๒. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)	จังหวัดส่วนขยาย ๑. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม ๑,๐๐๐ ไร่/ปี ๒. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย ๑ แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ๓. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๒๐ ๔. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๕ ๕. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๑๒ เขต ๑๓ จังหวัด

ปี ๒๕๖๓:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๑๒ เขต ๑๓ จังหวัด

ปี ๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๑๒ เขต ๑๓ จังหวัด

วิธีการประเมินผล :	๑. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๓. ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร				
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร ๒. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ๓. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๔. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
	จำนวนเขตสุขภาพที่มีจังหวัดเมืองสมุนไพร	เขตสุขภาพ/จังหวัด	-	-	๔/๔
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางสาวอัญชลี จุฑะพุทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๑๔๔๐๑๙ โทรสาร : ๐๒-๑๔๙๕๖๐๑๙ ผู้อำนวยการและแผนงาน ๒. นายวิวัฒน์ศักดิ์ ศรีรุ่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๔๙๕๖๐๑๙ โทรสาร : ๐๒-๑๔๙๕๖๐๑๙ หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๒๔๖๑๐๒๓ E-mail : wsornrung@gmail.com ๓. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๙๖๕๕๔๔๙๐ โทรสาร : ๐๒-๙๖๕๕๔๔๙๐ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๒๔๕๕๗๙๑ E-mail : kungfu๕๕@gmail.com ๔. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๙๖๕๕๔๔๙๐ โทรสาร : ๐๒-๙๖๕๕๔๔๙๐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๗๒๔๓๘๑๖ E-mail : karunathailand๔๐@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๙๖๕๕๔๙๐ โทรสาร : ๐๒-๙๖๕๕๔๙๐</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๘๘๑๒๕๒๑ E-mail : kiwi_sida๒๙@hotmail.com</p>
	<p>๒. นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๙๖๕๕๔๙๐ โทรสาร : ๐๒-๙๖๕๕๔๙๐</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๔๑๙๖๓๙๔ E-mail : CKTTMMan๔๑๔@hotmail.co.th</p>
	<p>๓. นางสาวมุสซา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๔๙๕๖๐๙ โทรสาร : ๐๒-๑๔๙๕๖๐๙</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๔-๓๒๓๕๙๓๙ E-mail : ppin๑๙๘๗@gmail.com</p>
	<p>๔. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๑๗๘๐๙ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑๐๒๑๘</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒-๗๒๙๘๙๘๙ E-mail : sukanya๐๒๑๐@gmail.com</p>

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)										
แผนที่	๑๐. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ										
โครงการที่	๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข										
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขตและ กรม										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	*๑๐. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)										
คำนิยาม	<p>๑. <b>อัตราการคงอยู่ (Retention Rate)</b> หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา ๑ ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. <b>บุคลากรสาธารณสุข</b> หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้าราชการ</li> <li>- พนักงานราชการ</li> <li>- ลูกจ้างประจำ</li> <li>- ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ)</li> <li>- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul> <p>ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน</p> <p>๓. <b>อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</b> หมายถึง จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด ๕ ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา ๑ ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร ๕ ประเภทการจ้างที่ปฏิบัติงานอยู่จริงทั้งหมด ณ ต้นปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม)</p> <p>๔. <b>การลาออก</b> หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ลาออกจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>๕. <b>การถูกให้ออก</b> หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ถูกให้ออกจากการปฏิบัติงานโดยมีความผิด จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>๖. <b>การโอน</b> หมายถึง การให้บุคลากรสาธารณสุขโอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ ๖๑</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๒</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๓</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๔</td> </tr> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๑</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๔</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๑	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๔
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔								
ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๑	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๔								



วัตถุประสงค์	๑. เพื่อส่งเสริมสร้างระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ด้วยกระบวนการ บริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ๒. เพื่ออํารงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากร บุคคลของ หน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผล																		
แหล่งข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สป.สธ. ๒. ฐานข้อมูลอัตรากำลังของกรม																		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล																		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม)																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔																		
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> <b>ปี ๒๕๖๑:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">รอบ ๓ เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ ๖ เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ ๙ เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ</td> <td>มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและอํารงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”</td> <td>๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน</td> <td>อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</td> </tr> </tbody> </table> <b>ปี ๒๕๖๒:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">รอบ ๓ เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ ๖ เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ ๙ เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ</td> <td>มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและอํารงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”</td> <td>๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน</td> <td>อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘</td> </tr> </tbody> </table>				รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและอํารงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”	๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและอํารงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”	๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและอํารงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”	๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕																
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและอํารงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”	๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘																

<b>ปี ๒๕๖๓:</b>				
<b>รอบ ๓ เดือน</b>	<b>รอบ ๖ เดือน</b>	<b>รอบ ๙ เดือน</b>	<b>รอบ ๑๒ เดือน</b>	
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”	๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๑	
<b>ปี ๒๕๖๔:</b>				
<b>รอบ ๓ เดือน</b>	<b>รอบ ๖ เดือน</b>	<b>รอบ ๙ เดือน</b>	<b>รอบ ๑๒ เดือน</b>	
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบเช่น “HR Clinic”	๑. ดำเนินการตามแผน ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๔	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ			
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	-			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>	
			<b>๒๕๕๗</b>	<b>๒๕๕๘</b>
	-	ร้อยละ	-	-
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	๑. นายสรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๔๑๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : sansernx@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	๑. นายพรชัย ปอสูงเนิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๘๕๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : hrmoph@gmail.com ๒. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๔๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : pink๑๓๒๗@hotmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	๑. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๔๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : p.khruaruan@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			



หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)												
แผนที่	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ												
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ												
ระดับการแสดงผล	กรมและ จังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ/ คุณภาพ	๑๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข												
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน ๑๓ สำนัก/กอง</li> <li>๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ แห่ง</li> <li>๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน ๘๗๘ แห่ง</li> </ol> <p><b>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐหมายถึง</b> การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์กรหมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากรหมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการโดยดำเนินการในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี</li> <li>๒. ดำเนินการภาคบังคับในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ปีละ ๒ หมวด และปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ ปีละ ๖ หมวด</li> </ol> <table border="1" data-bbox="766 1456 1300 1758"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๑</td> <td>หมวด ๑,หมวด ๕</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๒</td> <td>หมวด ๒,หมวด ๔</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๓</td> <td>หมวด ๓,หมวด ๖</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>หมวด ๑- ๖</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>หมวด ๑- ๖</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>๓. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน</li> <li>๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด ๗</li> <li>๕. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร</li> <li>๖. ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร /ผู้ตรวจประเมินภายนอก</li> </ol>	พ.ศ.	ภาคบังคับ	๒๕๖๑	หมวด ๑,หมวด ๕	๒๕๖๒	หมวด ๒,หมวด ๔	๒๕๖๓	หมวด ๓,หมวด ๖	๒๕๖๔	หมวด ๑- ๖	๒๕๖๕	หมวด ๑- ๖
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
๒๕๖๑	หมวด ๑,หมวด ๕												
๒๕๖๒	หมวด ๒,หมวด ๔												
๒๕๖๓	หมวด ๓,หมวด ๖												
๒๕๖๔	หมวด ๑- ๖												
๒๕๖๕	หมวด ๑- ๖												

**เกณฑ์เป้าหมาย**

๑. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ระดับ ๕ (ร้อยละ ๖๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๗๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๙๐)

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ระดับ ๕ (ร้อยละ ๖๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๗๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๙๐)

๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ระดับ ๕ (ร้อยละ ๒๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๔๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๖๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐)

<b>วัตถุประสงค์</b>	๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	๑. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<b>แหล่งข้อมูล</b>	๑. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
<b>รายการข้อมูล ๑</b>	A = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
รายการข้อมูล ๕	E = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๖	F = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. $(A/B) \times 100$ ๒. $(C/D) \times 100$ ๓. $(E/F) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔

**เกณฑ์การประเมิน**

**ปี ๒๕๖๑:**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน ๒. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภาคบังคับ ๒ หมวด (หมวด ๑, หมวด ๕) ๓. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน) ๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์หมวด ๗)	๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ	๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ	๑. ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๖๐) ๒. ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๖๐) ๓. ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๒๐)

**ปี ๒๕๖๒ :**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน ๒. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภาคบังคับ ๒ หมวด (หมวด ๒, หมวด ๔)	๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ	๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ	๑. ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๗๐) ๒. ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่

<p>๓. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน)</p> <p>๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์หมวด ๗)</p>			<p>ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๗๐)</p> <p>๓. ร้อยละ ของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๔๐)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ปี ๒๕๖๓ :**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>๒. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภาคบังคับ ๒ หมวด (หมวด ๓,หมวด ๖)</p> <p>๓. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน)</p> <p>๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์หมวด ๗)</p>	<p>๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>๑. ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๘๐)</p> <p>๒. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๘๐)</p> <p>๓. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๖๐)</p>

**ปี ๒๕๖๔ :**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>๒. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภาคบังคับ ๖ หมวด</p> <p>๓. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน)</p> <p>๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์หมวด ๗)</p>	<p>๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>๑. ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๙๐)</p> <p>๒. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๙๐)</p> <p>๓. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๘๐)</p>

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>๒. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภาคบังคับ ๖ หมวด</p> <p>๓. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน)</p> <p>๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์หมวด ๗)</p>	<p>๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด ใน หมวด ที่ดำเนินการ</p>	<p>๑. ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>๒. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>๓. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)</p>

วิธีการประเมินผล :	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน				
	๑	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน				
	เกณฑ์การให้คะแนน					
	๐.๒๐ คะแนน	๐.๔๐ คะแนน	๐.๖๐ คะแนน	๐.๘๐ คะแนน	๑ คะแนน	
	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม	
๒	ประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน					
	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน			
	๒๕๖๑-๒๕๖๓	๑ หมวด	๒ หมวด			
	๒๕๖๔-๒๕๖๕	ไม่ครบ ๖ หมวด	ครบ ๖ หมวด			
๓	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน					
	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน			
	๒๕๖๑-๒๕๖๓	มีแผน ๑ หมวด	มีแผน ๒ หมวด			
	๒๕๖๔-๒๕๖๕	มีแผนไม่ครบ ๖ หมวด	มีแผนครบ ๖ หมวด			



	๔	<p>จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน</p> <table border="1" data-bbox="820 219 1426 517"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๐.๕๐ คะแนน</th> <th>๑ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๑-๒๕๖๓</td> <td>๑ หมวด</td> <td>๒ หมวด</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๔-๒๕๖๕</td> <td>ไม่ครบ ๖ หมวด</td> <td>ครบ ๖ หมวด</td> </tr> </tbody> </table>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน	๒๕๖๑-๒๕๖๓	๑ หมวด	๒ หมวด	๒๕๖๔-๒๕๖๕	ไม่ครบ ๖ หมวด	ครบ ๖ หมวด																														
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																																										
	๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน																																									
๒๕๖๑-๒๕๖๓	๑ หมวด	๒ หมวด																																									
๒๕๖๔-๒๕๖๕	ไม่ครบ ๖ หมวด	ครบ ๖ หมวด																																									
	๕	<p>ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(วัดกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ)</p> <p>๑. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <table border="1" data-bbox="751 763 1493 1352"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๑</td> <td>ร้อยละ ๒๐</td> <td>ร้อยละ ๓๐</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๒</td> <td>ร้อยละ ๓๐</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๓</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ ต่อ ๑ คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ ๑๒ เดือน</p>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	๒๕๖๑	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	๒๕๖๒	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	๒๕๖๓	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	๒๕๖๔	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	๒๕๖๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																																										
	๑	๒	๓	๔	๕																																						
๒๕๖๑	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐																																						
๒๕๖๒	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐																																						
๒๕๖๓	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐																																						
๒๕๖๔	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐																																						
๒๕๖๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐																																						

		<p>๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๑</td> <td>ร้อยละ ๒๐</td> <td>ร้อยละ ๓๐</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๒</td> <td>ร้อยละ ๓๐</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๓</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ ต่อ ๑ คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๑</td> <td>ร้อยละ ๐</td> <td>ร้อยละ ๕</td> <td>ร้อยละ ๑๐</td> <td>ร้อยละ ๑๕</td> <td>ร้อยละ ๒๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๒</td> <td>ร้อยละ ๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐</td> <td>ร้อยละ ๒๐</td> <td>ร้อยละ ๓๐</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๓</td> <td>ร้อยละ ๒๐</td> <td>ร้อยละ ๓๐</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ ๑๒ เดือน ปี ๒๕๖๑</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ ต่อ ๑ คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ ๑๒ เดือน ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕</p>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	๒๕๖๑	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	๒๕๖๒	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	๒๕๖๓	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	๒๕๖๔	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	๒๕๖๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	๒๕๖๑	ร้อยละ ๐	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐	๒๕๖๒	ร้อยละ ๐	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	๒๕๖๓	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	๒๕๖๔	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	๒๕๖๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																																			
	๑	๒	๓	๔	๕																																																																															
๒๕๖๑	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐																																																																															
๒๕๖๒	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐																																																																															
๒๕๖๓	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐																																																																															
๒๕๖๔	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐																																																																															
๒๕๖๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐																																																																															
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																																			
	๑	๒	๓	๔	๕																																																																															
๒๕๖๑	ร้อยละ ๐	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐																																																																															
๒๕๖๒	ร้อยละ ๐	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐																																																																															
๒๕๖๓	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐																																																																															
๒๕๖๔	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐																																																																															
๒๕๖๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐																																																																															
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <a href="http://www.opdc.go.th/">http://www.opdc.go.th/</a>																																																																																			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัดใหม่				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นางสาวรณมา เจริญสุวรรณ      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพทท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๐๓๘      โทรศัพทท์มือถือ: ๐๘๑-๙๓๑๖๐๕๒  โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๔๐๖      E-mail : oeysuwanna@gmail.com</p> <p>๒. นางสาวอังคณา หัวเมืองวิเชียร      นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพทท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๐๓๘      โทรศัพทท์มือถือ: ๐๘๑-๒๕๕๘๒๗๗  โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๔๐๖      E-mail : lkung๑๐๓๘@gmail.com</p> <p>๓. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน      นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพทท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๙๖๓      โทรศัพทท์มือถือ: ๐๘๕-๓๖๕๒๔๔๔  โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๔๐๖      E-mail : <a href="mailto:a.deethongon@gmail.com">a.deethongon@gmail.com</a></p> <p>๔. นางสาวกฤติกา ทริย์มาติพันธ์      นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพทท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๙๖๓      โทรศัพทท์มือถือ : ๐๙๕-๗๑๒๐๙๕๔  โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๔๐๖      E-mail : <a href="mailto:trekittikas@gmail.com">trekittikas@gmail.com</a></p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นางภารวี แก้วพินนา      ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  โทรศัพทท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๐๑๘      โทรศัพทท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๑๖๐๗๙  โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๔๐๖      E-mail : Paravee.kpr@gmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ														
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ														
ระดับการแสดงผล	เขต														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๑๒. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓														
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๖๔ แห่ง</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗๘๐ แห่ง</li> </ul> <p>ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๙)</p> <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HA ชั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง</li> <li>- HA ชั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป</li> <li>- HA ชั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน</li> </ul>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>๒. ร้อยละ ๘๐ ในโรงพยาบาลชุมชน</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต	-	-	-	๒. ร้อยละ ๘๐ ในโรงพยาบาลชุมชน			
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔												
๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต	-	-	-												
๒. ร้อยละ ๘๐ ในโรงพยาบาลชุมชน															
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต ๒. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข														

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) <a href="http://www.ha.or.th">www.ha.or.th</a> /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) <a href="http://www.ha.or.th">www.ha.or.th</a> /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น ๓ + Reaccredit
รายการข้อมูล ๒	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๖๔ แห่ง
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น ๓ + Reaccredit
รายการข้อมูล ๔	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน ๗๘๐ แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๙)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. $(A/B) \times 100$ ๒. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ (ปี ๒๕๖๑ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑)

#### เกณฑ์การประเมิน

##### ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ ๙๘.๗๘ (๑๖๒ แห่ง จาก ๑๖๔ แห่ง)	๑. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ ๙๙.๓๙ (๑๖๓ แห่ง จาก ๑๖๔ แห่ง)	๑. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๐๐ (๑๖๔ แห่ง จาก ๑๖๔ แห่ง)	๑. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๐๐ (๑๖๔ แห่ง จาก ๑๖๔ แห่ง)
๒. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๗๔.๓๖ (๕๘๐ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	๒. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๗๖.๒๘ (๕๙๕ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	๒. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๗๘.๒๑ (๖๑๐ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	๒. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๘๐.๐๐ (๖๒๔ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)

##### ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) [www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)/สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ ๙๘.๑๗ (๑๖๑ แห่ง จาก ๑๖๔ แห่ง)	ร้อยละ ๙๘.๗๘ (๑๖๒ แห่ง จาก ๑๖๔ แห่ง)	ร้อยละ ๙๙.๓๙ (๑๖๓ แห่ง จาก ๑๖๔ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ (๑๖๔ แห่ง จาก ๑๖๔ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ (๑๖๔ แห่ง จาก ๑๖๔ แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ ๗๓.๘๕ (๕๗๖ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	ร้อยละ ๗๔.๑๒ ( ๕๘๐ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	ร้อยละ ๗๖.๒๘ ( ๕๙๕ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	ร้อยละ ๗๘.๒๑ ( ๖๑๐ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	ร้อยละ ๘๐.๐๐ ( ๖๒๔ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)

เงื่อนไข :

- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๖๔ แห่ง ประกอบด้วย
  - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑๑๖ แห่ง
  - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน ๒๙ แห่ง
  - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน ๒ แห่ง
  - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๗ แห่ง

(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)
- ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ
- ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เอกสารสนับสนุน :

จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) [www.ha.or.th](http://www.ha.or.th) /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ไตรมาส ๓)
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต)	แห่ง	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ ๙๖.๓๖ (๑๕๙ แห่ง จาก ๑๖๕ แห่ง)	ร้อยละ ๙๗.๕๘ (๑๖๑ แห่ง จาก ๑๖๕ แห่ง)
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)	แห่ง	ร้อยละ ๖๐.๒๗ (๔๕๖ จาก ๗๕๐ แห่ง)	ร้อยละ ๖๙.๔๐ (๕๑๕ จาก ๗๔๒ แห่ง)	ร้อยละ ๖๙.๔๙ (๕๕๒ จาก ๗๘๐ แห่ง)	ร้อยละ ๗๓.๘๕ (๕๗๖ จาก ๗๘๐ แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๕๕ โทรสาร :</p> <p>๒. แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช สาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๕๕ โทรสาร :</p> <p>๓. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๓ โทรสาร :</p> <p>๔. นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗ โทรสาร :</p>		<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการ สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔ E-mail :kavalinc@hotmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๔๗๘๔๓๓๒ E-mail :</p>			

	<p>๕. นางสาววารภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๘ โทรศัพทมือถือ : ๐๖๑-๔๘๕๑๒๘๖ โทรสาร : E-mail :</p> <p>๖. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๘ โทรศัพทมือถือ : ๐๙๕-๖๐๙๙๘๖๙ โทรสาร : E-mail :</p> <p><b>กองบริหารการสาธารณสุข</b></p> <p>๑. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๑๓๒ โทรศัพทมือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>๒. นายบรรพต ต่วนภูษา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๑๓๗ โทรศัพทมือถือ : ๐๙๒-๕๕๒๖๒๕๒ โทรสาร : E-mail :</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>๑. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๓๙๕ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๑-๖๔๐๙๓๙๓ โทรสาร : E-mail :</p> <p>๒. นางสุมาลี ยุทธวรวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๓๗๙ โทรศัพทมือถือ : ๐๙๙-๕๖๙๖๒๙๓ โทรสาร : E-mail :</p> <p>๓. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๓๔๗ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๙-๗๙๗๔๖๙๕ โทรสาร : E-mail :</p> <p><b>กรมควบคุมโรค</b></p> <p>๑. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๘๒๐๗ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๖-๗๓๒๓๗๑๒ โทรสาร : E-mail :</p> <p>๒. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๘๐๙๒ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๓-๑๓๙๖๗๓๐ โทรสาร : E-mail :</p> <p><b>กรมสุขภาพจิต</b></p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>๑. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๕๕ โทรสาร : ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>



	<p>๒. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๓ โทรสาร :</p> <p>๓. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗ โทรสาร :</p> <p>๔. นางสาววารภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๘ โทรสาร :</p> <p>๕. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๘ โทรสาร :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔ E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๔๗๘๔๓๓๒ E-mail :</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๑-๔๘๕๑๒๘๖ E-mail :</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๐๙๙๘๖๙ E-mail :</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๑๓. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว			
คำนิยาม	<p>๑. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตีตดาวที่กำหนดคือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด ๕ ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ ๖๐.๐๐ -๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)ร้อยละ ๘๐ขึ้นไป เท่ากับ ๕ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)</p> <p>๒. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว ระดับ ๕ ดาว โดยรักษาสภาพ ๒ ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : (สะสม)				
	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๑๐๐
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน ๘,๑๒๓ แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว ในปี ๒๕๖๐)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งดูแลโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล ๑	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ ๕ ดาว</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ ๔ดาว</p> <p>C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ ๓ดาว</p>			

รายการข้อมูล ๒	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ในปี ๒๕๖๐				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๓ และ ๔				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี ๒๕๖๑:					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	๑. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ ๒. อบรม ครู ก ครั้งที่ ๑ ๓. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ปี ๒๕๖๑	๑. อบรม ครู ก ครั้งที่ ๒ ๒. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ ๑ ครั้ง ๓. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด ๑ ทีม อำเภอ ๑ ทีม	๑. รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐ (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา ๒. ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	๑. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ ๒๕ (สะสม)	
ปี ๒๕๖๒:					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
				รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ ๕๐ (สะสม)	
ปี ๒๕๖๓:					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
				รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ ๗๕ (สะสม)	
ปี ๒๕๖๔:					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
				รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ ๑๐๐ (สะสม)	
วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๑,๖๘๓ แห่ง	ร้อยละ	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
			-	-	๑๗.๑๖

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>๑. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๒๒๓๕๖ โทรสาร : สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>๑. นางสาวหทัยรัตน์ คงสืบ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๗๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๒๓๔๘ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : strategic๒.bps@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. แพทย์หญิงมานิตา พรรณวดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๗ โทรสาร : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)		
แผนที่	๑๓. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่	๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง		
ระดับการแสดงผล	เขต		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	*๑๔. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน		
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ (Risk Scoring) ดังนี้		
		น้ำหนักความรุนแรง ของความ เสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
	๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
	๑.๑ CR < ๑.๕	๑	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน / หนี้สินหมุนเวียน
	๑.๒ QR < ๑.๐	๑	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ / หนี้สินหมุนเวียน
	๑.๓ Cash < ๐.๘	๑	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด / หนี้สินหมุนเวียน
	๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
	๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < ๐	๑	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน
	๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < ๐	๑	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ - ค่าใช้จ่ายสุทธิ
	๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี ๒ มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
๓.๑ มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง ๒ มิติ	
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > ๖ เดือน	๐	เนื่องจากทั้ง ๒ มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ	

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
b) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอยู่ได้ > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = ๓ เดือน	๒	
๓.๒ มิติ ผลกำไรจากการ ดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สิน หมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๖ เดือน	๒	* กรณีมีกำไรจากผลการ ดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุน หมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = ๓ เดือน	๐	
๓.๓ กรณี NWC ติดลบ & มี N เป็นบวก	๐	
๓.๔ กรณี NWC ติดลบ & มี N เป็นลบ	๒	
<p>การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วย บริการที่ได้ ๗ คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผล การประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะ ช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p> <p><b>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี ๒๕๖๑</b></p> <p>๒. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>: บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ</li> <li>: แผนงาน/กิจกรรม</li> <li>: ผลผลิต/ผลลัพธ์</li> </ul> <p>๒. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)</p> <p>๓. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน</p>		

<p><b>มาตรการ</b></p> <p><u>มาตรการที่ ๑:</u> การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)</p> <p><u>มาตรการที่ ๒:</u> ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)</p> <p><u>มาตรการที่ ๓:</u> สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p> <p><u>มาตรการที่ ๔:</u> พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)</p> <p><u>มาตรการที่ ๕:</u> พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network &amp; Capacity Building)</p>		
<b>มาตรการขับเคลื่อน</b>	<b>แนวทางการดำเนินงาน</b>	<b>เป้าหมาย</b>
<p><b>มาตรการที่ ๑:</b> การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)</p>	<p>๑.๑ มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย</p> <p>๑.๒ พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ</p> <p>๑.๓ เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ</p>	<p>๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ <math>\geq</math> ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>
<p><b>มาตรการ ๒:</b> ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)</p>	<p>๒.๑ ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ</p> <p>๒.๒ วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน)</p> <p>๒.๓ ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน(ไตรมาส)</p>	<p>๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</p>
<p><b>มาตรการ ๓:</b> สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p>	<p>๓.๑ เพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายจากการดำเนินงาน</p> <p>- ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน ๒๐ กลุ่ม (HGR)</p> <p>- ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทสิทธิ</p>	<p>๓.๑ ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน <math>&gt; ๔</math> ตัว (มากกว่า ระดับ B-) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน ๗ ตัว</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕</p>

		<p>เปรียบเทียบกับหน่วยบริการ กลุ่มระดับเดียวกัน ๒๐ กลุ่ม (HGR) ๓.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการ ดำเนินงาน -พัฒนาและใช้ดัชนีประเมิน ประสิทธิภาพในการ ดำเนินงาน - ประเมิน/ควบคุม ประสิทธิภาพการบริหาร การเงินการคลัง - ประเมินและควบคุม ประสิทธิภาพการบริหาร เจ้าหน้าที่ ลูกหนี้ สินค้าคงคลัง และค่าตอบแทนค้างจ่าย</p>	
	<p><b>มาตรการที่ ๔:</b> <b>พัฒนาการบริหาร ระบบบัญชี (Accounting Management)</b></p>	<p>๔.๑ พัฒนาระบบบัญชีให้ได้ มาตรฐาน ๔.๒ พัฒนาระบบการ ตรวจสอบบัญชี ๔.๓ พัฒนาระบบงาน สารสนเทศด้านการเงินการ คลังสำหรับผู้บริหาร (Executive Information System: EIS) ๔.๔ พัฒนาการนำข้อมูล การเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMIS</p>	<p>๔.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ ที่มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐(อิเล็กทรอนิกส์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ (ผู้ตรวจสอบบัญชี) ๔.๒ ร้อยละของหน่วยบริการ ที่เป็นศูนย์ ต้นทุนำข้อมูลเงินนอก งบประมาณ เข้าระบบ GFMIS ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕</p>
	<p><b>มาตรการ ๕: พัฒนา เครือข่ายและศักยภาพ บุคลากรด้านการเงิน การคลัง (Network &amp; Capacity Building)</b></p>	<p>๕.๑ พัฒนาศักยภาพผู้บริหาร ทางการเงิน (CFO) ๕.๒ พัฒนาศักยภาพผู้ ตรวจสอบบัญชี (Auditor)</p>	<p>๕.๑ ร้อยละของบุคลากรด้าน การเงินการคลัง (CFO และ Auditor) ที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ ค่าเป้าหมาย: ร้อยละของ บุคลากรด้านการเงินการคลังที่ ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>
<p><b>มาตรการที่ ๑ :</b> <b>การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)</b></p>			



ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	๑. ปรับเปลี่ยนวงเงินตามที่กระทรวงกำหนดรวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ในการปรับเปลี่ยนตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ ๒. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) ๓. พัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินในเขต ๔. พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย	๑. มีหลักเกณฑ์การปรับเปลี่ยนระดับเขต ๒. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) ๓. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน/ชดเชยเงิน UC
จังหวัด	๑. มีหลักเกณฑ์ในการปรับเปลี่ยนวงเงินตามที่เขตกำหนด ๒. ปรับเปลี่ยนวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด ๓. ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ชดเชยตามเวลาที่กำหนด	๑. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด ๒. รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน
หน่วยบริการ	๑. มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับ รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย ๒. คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามส่วนกลาง/เขต กำหนด ๓. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย	๑. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ๒. รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน ๓. มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย ๔. มีตัวเลขทั้งรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย

**มาตรการที่ ๒ :**

**ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)**

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	๑. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๒. วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) ๓. ตรวจสอบ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (๗ แผน) ของจังหวัด	๑. มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๒. ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) ๓. ผลการตรวจสอบ อนุมัติ มีแผนการกำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (๗ แผน) ของจังหวัด

จังหวัด	๑. กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๒. ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด ๓. ตรวจ อนุมัติ ปีละ ๒ ครั้ง กำกับติดตามแผนและผลทางการเงิน (๗ แผน) รายเดือน	๑.มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๒.มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการในจังหวัด ๓.ผลการตรวจ อนุมัติ ปีละ ๒ ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (๗ แผน) รายเดือน
หน่วยบริการ	๑. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของ เขต/ จังหวัด ๒. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย ๓. กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน รายเดือน ( ๗ แผน)	๑. หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕ ) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๒.หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ ๕ (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕ ) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

**มาตรการที่ ๓ :**

**สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)**

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	๑.มีแนวทางการจัดซื้อร่วมระดับเขต ๒.มีแนวทางการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง ๓.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว ในการกำกับ ๔.แผนประเมินประสิทธิภาพFAI (ไขว้จังหวัด) ๕.วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่	๑.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ ๒.มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับเขต ๓.การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว ทุกไตรมาส ๔.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) ทุกไตรมาส ๕.มีระบบเฝ้าระวังและแผนการตรวจเยี่ยม
จังหวัด	๑.มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต ๒.การบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง ๓.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว ในการกำกับ	๑.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ ๒.ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ

	<p>๔. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)</p> <p>๕. การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่</p>	<p>๓. หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว</p> <p>๔. หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิภาพ (FAI)</p> <p>๕. แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่ที่มีความเสี่ยงวิกฤติ</p>
<b>หน่วยบริการ</b>	<p>๑. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต</p> <p>๒. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทน ร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง</p> <p>๓. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว</p> <p>๔. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)</p>	<p>๑. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้</p> <p>๒. ใช้แนวทาง แนวทางหลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับหน่วยบริการ</p> <p>๓. ได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว</p> <p>๔. ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ (FAI)</p>

**มาตรการที่ ๔ :**

**พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)**

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
<b>เขต</b>	<p>๑. ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. ควบคุม กำกับติดตามการส่งข้อมูลทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา</p> <p>๓. จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p>	<p>๑. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน</p> <p>๒. แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p> <p>๓. รายงานผลการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ</p>
<b>จังหวัด</b>	<p>๑. ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการและนำมาพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์</p> <p>๓. ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานด้านบัญชี</p>	<p>๑. กำกับ ติดตามการส่งรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลาทุกเดือน</p> <p>๒. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์การประเมินรายเดือน</p>
<b>หน่วยบริการ</b>	<p>๑. จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. ส่งรายงานข้อมูลงบทดลองให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด</p>	<p>๑. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพรายเดือน</p> <p>๒. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ ๑ ครั้ง</p>

	๓. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับการตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบภายในและภายนอก	
<b>มาตรการที่ ๕ :</b> <b>พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network &amp; Capacity Building)</b>		
<b>ระดับ</b>	<b>แผนงาน/กิจกรรม</b>	<b>ผลผลิต/ผลลัพธ์</b>
<b>เขต</b>	๑. แผนการประชุม CFOเขต ๒. แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง ๓. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFOและAuditor ในระดับเขตร่วมกับกระทรวง	๒. มีการประชุม CFO เขต รายไตรมาส ๒. มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง ๓. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพCFOและAuditorร่วมกับกระทรวง
<b>จังหวัด</b>	๑. แผนการประชุม CFO จังหวัด ๒. แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต ๓. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ CFOและAuditor ในระดับจังหวัด	๑. มีการประชุม CFO จังหวัด รายไตรมาส ๒. มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต ๓. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพCFO และAuditor ในระดับจังหวัด
<b>หน่วยบริการ</b>	๑. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP ๒. แผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ ๓. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น	๑. มีการประชุม CFO ระดับ CUP รายไตรมาส ๒. มีแผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ ๓. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFO ของหน่วยบริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น
<b>การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin</b>		
<b>ระดับ</b>	<b>การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin</b>	
<b>เขต</b>	๑. เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ ๒. เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการมีให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตามแนวทางในข้อ ๑ และ การอนุมัติ ๓. เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับ ฝ้าระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต	

	๔. เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin
<b>ระดับ</b>	<b>การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin</b>
<b>จังหวัด</b>	๑. จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคู่กับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และมีระบบรายงานเขต ๒. จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตารางPlanFin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี EBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า ๒๐% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรองน้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้เป็นระดับ ๗ ๓. จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มีกระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงาน ลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง ๔. จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงิน ตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และมีระบบรายงานเขต
<b>หน่วยบริการ</b>	๑. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด ๒. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย ๓. กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน ( ทั้ง ๗ แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ ๕ ๓.๑ หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕ ) ๓.๒ หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ ๕ (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕ )

**เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงานการบริหารจัดการการเงินการคลัง**

	เครื่องมือ	รายเดือน	รายไตรมาส	รายปี	หมายเหตุ
บริการแผน	๑.แผนการเงินการคลัง (Planfin)	/	/	/	
	๒.การวิเคราะห์ความคุ้มค่าการลงทุน (Feasibility study)			/	ตามแผนการลงทุน
มุ่งประสิทธิภาพ	๓.หนังสือแสดงเจตจำนงปรับปรุงประสิทธิภาพบริหารจัดการด้านการเงิน (Letter of Intent : LOI)	/	/	/	กรณีได้รับการช่วยเหลือ
	๔.แผนปรับปรุงประสิทธิภาพ (Performance Plan)	/	/	/	กรณีได้รับการช่วยเหลือ
ประเมินคุณภาพ	๕.เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI)		/	/	
	๖.เกณฑ์ประเมินคุณภาพบัญชี (Account Audit Score)			/	
	๗.ดัชนีวัดผลควบคุมภายในและความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล (Risk Matrix Scoring)			/	
	๘.ดัชนีวัดผลความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง ( Financial Risk Scoring )	/	/	/	
การเฝ้าระวัง	๙.ดัชนีเปรียบเทียบค่ากลางด้านการเงินการคลังหน่วยบริการ (Financial Benchmarking Hospital Group Ratio :HGR )	/	/	/	
	๑๐.ดัชนีวัดผลด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ( Unit Cost )	/	/	/	

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
	๖	๔	๒	๐
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน ๒. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส			
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี ๒๕๖๑ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๖	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๖	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๖	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๖
ปี ๒๕๖๒ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๔	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๔	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๔	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ ๔

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ ๒	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ ๒	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ ๒

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ ๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ ๐	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ ๐

วิธีการประเมินผล :

การวัด/วิเคราะห์

เอกสารสนับสนุน :

รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส ๑/๕๗	ไตรมาส ๑/๕๘	ไตรมาส ๑/๕๙	ไตรมาส ๑/๖๐
		ร้อยละ ๑๑.๕๘	ร้อยละ ๖.๓๑	ร้อยละ ๘.๗๑	ร้อยละ ๐.๕๖
		ไตรมาส ๒/๕๗	ไตรมาส ๒/๕๘	ไตรมาส ๒/๕๙	ไตรมาส ๒/๖๐
		ร้อยละ ๑๒.๑๓	ร้อยละ ๕.๗๖	ร้อยละ ๕.๐๔	ร้อยละ ๐.๕๖
		ไตรมาส ๓/๕๗	ไตรมาส ๓/๕๘	ไตรมาส ๓/๕๙	ไตรมาส ๓/๖๐
		ร้อยละ ๑๒.๙๑	ร้อยละ ๑๒.๑๙	ร้อยละ ๙.๘๓	ร้อยละ ๓.๒๓
		ไตรมาส ๔/๕๗	ไตรมาส ๔/๕๘	ไตรมาส ๔/๕๙	
		ร้อยละ ๙.๑๘	ร้อยละ ๑๕.๖๕	ร้อยละ ๑๓.๖๐	

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>๑. นายแพทย์วิเชียร เทียนจารูวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๕๓ โทรสาร :</p> <p>๒. นายแพทย์ชุมพล นุชผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>๓. นางอุทัย เกษรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๙๕ โทรสาร :</p> <p>๔. นางนิมอณรงค์ สายรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๖</p> <p>๕. นางสาวโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๖</p>	<p>ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :pitalpolb@hotmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :resoke@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร และ ประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kuthai๒@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและ ยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :nimanong_๑๕@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :meawrnothai@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>๑. นางสาวโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๖</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :meawrnothai@gmail.com</p>



## หมายเหตุ

๑. \* ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ระหว่างปลัดกระทรวงสาธารณสุข กับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๕ เป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ของ ผู้ตรวจราชการกระทรวงและสาธารณสุขนิเทศก์ ตามประเด็นบริบทของเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒
๓. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เป็นรายละเอียดตัวชี้วัดเดียวกันกับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ซึ่งจัดทำโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ตามประเด็นบริบทของเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

### เขตสุขภาพที่ ๑

ตัวชี้วัด ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการแล้วพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน ๓๐ วัน

### รายละเอียดตัวชี้วัด

<b>ชื่อตัวชี้วัด</b>	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการแล้วพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามภายใน ๓๐ วัน มากกว่าร้อยละ ๘๐
<b>คำนิยาม</b>	<p>๑. เด็ก ๐-๕ ปี ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ สาธารณสุขจากการสำรวจเด็กที่มีอยู่จริงในช่วงเวลาที่กำหนด โดยเด็กกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีวันที่วันแรกที่อายุตั้งแต่ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน ในเดือนนั้นๆ ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และตรวจพบว่าพัฒนาการไม่ผ่านเกณฑ์ด้านใดด้านหนึ่ง</p> <p>๒. เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการประเมินพัฒนาการครั้งแรก แล้วพบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้แนะนำพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง กระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน ภายใน ๓๐ วัน นัดพบเจ้าหน้าที่เพื่อประเมินพัฒนาการซ้ำ</p> <p>๓. เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วย DSPM และผ่านพัฒนาการทั้ง ๕ ด้าน รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ครั้งแรกที่ประเมิน) และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และได้รับการประเมินซ้ำภายในเวลา ๓๐ วัน โดยผลผ่านการประเมินทั้ง ๕ ด้าน</p>
<b>มาตรการ</b>	<p><b>มาตรการ ๑ : พัฒนาระบบการบริหารจัดการและควบคุมกำกับ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. พัฒนากลไกขับเคลื่อนงานด้วย DHB &gt;MCH.B&gt;ClusterCOC</li> <li>๒. การบริหารจัดการข้อมูล</li> <li>๓. การรายงานความก้าวหน้าและการควบคุมกำกับระดับสถานบริการ(&gt;อำเภอ &gt;จังหวัด &gt;เขต)</li> <li>๔. การรายงานการติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย/TEDA๔</li> </ol> <p><b>มาตรการ ๒ : พัฒนาคุณภาพระบบบริการและการส่งต่อ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร /ให้บริการผู้)Child Project Manager(</li> <li>๒. เยี่ยมเสริมพลังและเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระดับพื้นที่</li> <li>๓. พัฒนา High Risk Child Development Clinic</li> <li>๔. โรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ</li> <li>๕. พัฒนาทีม อสคอสม.เชี่ยวชาญเด็กปฐมวัย /.</li> </ol> <p><b>มาตรการ ๓ : การจัดการสุขภาพเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. สร้างพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูคุณภาพ</li> <li>๒. พัฒนาทีมสหวิชาชีพในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ</li> <li>๓. ตำบลจัดการสุขภาพ: ส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ</li> <li>๔. พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย</li> </ol>

<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ร้อยละ ๘๐ ของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ</li> <li>๒. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ และพบเด็กสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐</li> <li>๓. ร้อยละ ๘๐ ของเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้น และติดตามภายใน ๓๐ วัน</li> </ol>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เพิ่มประสิทธิภาพ ความความคลุมในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการติดตาม พัฒนาเด็กสงสัยล่าช้า</li> <li>๒. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</li> <li>๓. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</li> <li>๔. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ</li> </ol>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. จำนวนประชากรไทย ที่เด็กอายุครบ ๙, ๑๘ , ๓๐ และ ๔๒ เดือนในเดือนนั้นๆ ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง</li> <li>๒. จำนวนประชากรไทย ที่เด็กอายุครบ ๙, ๑๘ , ๓๐ และ ๔๒ เดือนในเดือนนั้นๆ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ</li> <li>๓. จำนวนประชากรไทย ที่เด็กอายุครบ ๙, ๑๘ , ๓๐ และ ๔๒ เดือนในเดือนนั้นๆ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ และตรวจพบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า</li> </ol>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Health Data Centerและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม</li> <li>๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานตามไตรมาส ส่งสำนักงานเขตสุขภาพ</li> <li>๓. สำนักงานเขตสุขภาพรวบรวมรายงาน ส่งสำนักตรวจและประเมินผล</li> </ol>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๔. ฐานข้อมูลประชากรไทยทุกสิทธิ์</li> <li>๕. ฐานข้อมูล Health Data Centerแฟ้ม Special PPตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก</li> </ol>
	<p><b>รายการข้อมูล</b></p> <p>A๑= จำนวนประชากรไทย ที่เด็กอายุครบ ๙, ๑๘ , ๓๐ และ ๔๒ เดือนในเดือนนั้นๆ ทั้งหมดใน เขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง</p> <p>A๒= จำนวนประชากรไทย ที่เด็กอายุครบ ๙, ๑๘ , ๓๐ และ ๔๒ เดือนในเดือนนั้นๆ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ</p> <p>A๓= จำนวนประชากรไทย ที่เด็กอายุครบ ๙, ๑๘ , ๓๐ และ ๔๒ เดือนในเดือนนั้นๆ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ และตรวจพบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า</p> <p>A๔= จำนวนประชากรไทย ที่เด็กอายุครบ ๙, ๑๘ , ๓๐ และ ๔๒ เดือนในเดือนนั้นๆ ที่ ตรวจพบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า แล้วได้รับการติดตามภายใน ๓๐ วัน</p>

	<p><b>เงื่อนไขรายการข้อมูล</b></p> <p>๑. เป้าหมายในแต่ละเดือน คือ เด็กที่วันที่วันแรกที่อายุแตะ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือนในเดือนนั้นๆ การคัดกรองเด็กแต่ละช่วงอายุ จะมีเวลาที่ทำได้ คือ ภายใน ๓๐ วันหลังจากเด็กอายุแตะ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน เช่น เด็กอายุครบ ๑๘ เดือนพอดีในวันที่ ๑๐กรกฎาคม ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๐กรกฎาคม ถึง ๙ สิงหาคม หากเกินจากนี้เด็กจะอายุ ๑๙ เดือนเต็ม ซึ่งไม่ใช่เป้าหมายการคัดกรอง</p> <p>๒. ผลงานระบบจะติดตามไปตรวจสอบให้ ๓๐ วันหลังจาก วันที่เด็กอายุแตะ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน แล้วนำผลมาใส่ในเดือนที่เป็นเป้าหมาย ถึงแม้จะคนละเดือนกัน</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>สูตรการคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A๔/A๓) \times ๑๐๐$
------------------------------	----------------------

<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ปีละ ๔ ครั้ง
--------------------------	--------------

**เกณฑ์การประเมิน: ปี ๒๕๖๑**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๘๐	๘๐	๘๐	๘๐

**Small Success**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑. มีการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ด้านเด็กปฐมวัย</p> <p>๒. มีการกำหนดแผนส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับอำเภอทุกอำเภอ (มากกว่าร้อยละ) ๕๐)</p> <p>๓. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการ</p> <p>๔. มีผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กตามค่าเป้าหมาย</p> <p>๑) ความครอบคลุม &gt; ร้อยละ ๙๐</p> <p>๒) ตรวจพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า &gt; ร้อยละ ๓๐</p> <p>๓) ติดตามเด็กสงสัยล่าช้า ภายใน ๓๐ วัน &gt; ร้อยละ ๘๐</p>	<p>๑. จังหวัดมีการชี้แจงแนวทางการจัดบริการ High Risk Child Development Clinic และโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ</p> <p>๒. จังหวัดมีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง พบควบคุมการตลาดอาหาร ( ) หรับเด็กเล็กและทารก Milk Code ( )</p> <p>๓. มีการพัฒนาทีม อสคอสม.เขียว / ชาญเด็กปฐมวัย</p> <p>๔. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรูปแบบต่างๆ</p> <p>๕. มีผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กตามค่าเป้าหมาย</p> <p>๑) ความครอบคลุม &gt; ร้อยละ ๙๐</p> <p>๒) ตรวจพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า &gt; ร้อยละ ๓๐</p> <p>๓) ติดตามเด็กสงสัยล่าช้า ภายใน ๓๐ วัน &gt; ร้อยละ ๘๐</p>	<p>๑. จังหวัดมีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย</p> <p>๒. สถานบริการระดับ รพชนไปมีชี้. การจัด High Risk Child Development Clinic ร้อยละ ๔๐</p> <p>๓. จังหวัดมีตำบลจัดการสุขภาพ: ส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ อย่างน้อยอำเภอละ ๑ ตำบล</p> <p>๔. จังหวัดและอำเภอมีการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูในการดูแลและพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของเด็ก</p> <p>๕. มีผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กตามค่าเป้าหมาย</p> <p>๑) ความครอบคลุม &gt; ร้อยละ ๙๐</p> <p>๒) ตรวจพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า &gt; ร้อยละ ๓๐</p> <p>๓) ติดตามเด็กสงสัยล่าช้า ภายใน ๓๐ วัน &gt; ร้อยละ ๘๐</p>	<p>๑. จังหวัดมีการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง</p> <p>๒. สถานบริการระดับ รพชน ขึ้นไปมีการจัด High Risk Child Development Clinic ร้อยละ ๖๐</p> <p>๓. มีอำเภอต้นแบบการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย อย่างน้อย จังหวัดละ ๒ อำเภอ</p> <p>๔. มีผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กตามค่าเป้าหมาย</p> <p>๑) ความครอบคลุม &gt; ร้อยละ ๙๐</p> <p>๒) ตรวจพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า &gt; ร้อยละ ๓๐</p> <p>๓) ติดตามเด็กสงสัยล่าช้า ภายใน ๓๐ วัน &gt; ร้อยละ ๘๐</p>

<b>วิธีการประเมินผล</b>	<p>๑. ระบบข้อมูลใน HDC เปรียบกับค่าเป้าหมาย</p> <p>๒. แบบรายงานผลการดำเนินงานตาม PA (ระดับเขตสุขภาพ) รายไตรมาส</p>
-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เอกสารสนับสนุน	๑. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๒. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล ๓. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวิดีโอ) และคู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) ๔. คู่มือมีสมแม่ ๕. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ๖. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="566 577 1505 974"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ...</th> </tr> <tr> <th>๒๕๕๘*</th> <th>๒๕๕๙*</th> <th>๒๕๖๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>พัฒนาการสมวัย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๙๑.๑๓</td> <td>๘๙.๐๖</td> <td>๙๕.๖๕</td> </tr> <tr> <td>ความครอบคลุม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๓๕.๓๓</td> <td>๔๘.๖๑</td> <td>๘๑.๘๓</td> </tr> <tr> <td>ตรวจพบเด็ก สงสัยล่าช้า</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๑๓.๑๙</td> <td>๑๘.๖๑</td> <td>๑๖.๓๑</td> </tr> <tr> <td>ติดตามภายใน ๓๐ วัน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๓๘.๔๗</td> <td>๔๖.๑๑</td> <td>๗๔.๑๕</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="566 974 1505 1176">*ปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙ : แหล่งข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) โดย สถาบันพัฒนาการเด็กราชรินทร์ เชียงใหม่ *ปี ๒๕๖๐ แหล่งข้อมูลจากHealth Data Center</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ...			๒๕๕๘*	๒๕๕๙*	๒๕๖๐	พัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	๙๑.๑๓	๘๙.๐๖	๙๕.๖๕	ความครอบคลุม	ร้อยละ	๓๕.๓๓	๔๘.๖๑	๘๑.๘๓	ตรวจพบเด็ก สงสัยล่าช้า	ร้อยละ	๑๓.๑๙	๑๘.๖๑	๑๖.๓๑	ติดตามภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ	๓๘.๔๗	๔๖.๑๑	๗๔.๑๕
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ...																									
		๒๕๕๘*	๒๕๕๙*	๒๕๖๐																									
พัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	๙๑.๑๓	๘๙.๐๖	๙๕.๖๕																									
ความครอบคลุม	ร้อยละ	๓๕.๓๓	๔๘.๖๑	๘๑.๘๓																									
ตรวจพบเด็ก สงสัยล่าช้า	ร้อยละ	๑๓.๑๙	๑๘.๖๑	๑๖.๓๑																									
ติดตามภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ	๓๘.๔๗	๔๖.๑๑	๗๔.๑๕																									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0" data-bbox="566 1198 1505 1675"> <tr> <td data-bbox="566 1198 1013 1288">๑. พญ.จิรพร ภัทรนุชาพร โรงพยาบาลพะเยา</td> <td data-bbox="1013 1198 1505 1288">ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา โทร ๐๘๑-๙๕๙-๘๔๓๙</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 1288 1013 1377">๒. นพ.สุจิต คุณประดิษฐ์ โรงพยาบาลลำพูน</td> <td data-bbox="1013 1288 1505 1377">นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทร ๐๘๑-๙๘๘-๙๒๘๒</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 1377 1013 1467">๓. พญ.นงนุช ภัทรอนันตนพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่</td> <td data-bbox="1013 1377 1505 1467">ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ โทร ๐๘๑-๘๔๗-๑๗๐๒</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 1467 1013 1556">๔. พญ.ดุขฎี จิ่งศิริกุลวิทย์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชรินทร์</td> <td data-bbox="1013 1467 1505 1556">ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชรินทร์ โทร.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 1556 1013 1675">๕. นางพิมภาวรรณ เขยยะตา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน</td> <td data-bbox="1013 1556 1505 1675">นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๑ ๘๘๕๕๐๔๔</td> </tr> </table>	๑. พญ.จิรพร ภัทรนุชาพร โรงพยาบาลพะเยา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา โทร ๐๘๑-๙๕๙-๘๔๓๙	๒. นพ.สุจิต คุณประดิษฐ์ โรงพยาบาลลำพูน	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทร ๐๘๑-๙๘๘-๙๒๘๒	๓. พญ.นงนุช ภัทรอนันตนพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ โทร ๐๘๑-๘๔๗-๑๗๐๒	๔. พญ.ดุขฎี จิ่งศิริกุลวิทย์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชรินทร์	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชรินทร์ โทร.	๕. นางพิมภาวรรณ เขยยะตา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๑ ๘๘๕๕๐๔๔																		
๑. พญ.จิรพร ภัทรนุชาพร โรงพยาบาลพะเยา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา โทร ๐๘๑-๙๕๙-๘๔๓๙																												
๒. นพ.สุจิต คุณประดิษฐ์ โรงพยาบาลลำพูน	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทร ๐๘๑-๙๘๘-๙๒๘๒																												
๓. พญ.นงนุช ภัทรอนันตนพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ โทร ๐๘๑-๘๔๗-๑๗๐๒																												
๔. พญ.ดุขฎี จิ่งศิริกุลวิทย์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชรินทร์	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชรินทร์ โทร.																												
๕. นางพิมภาวรรณ เขยยะตา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๑ ๘๘๕๕๐๔๔																												
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงาน สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ โทร																												
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	๑. นางพิมภาวรรณ เขยยะตา      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน      โทร ๐๘๑ ๘๘๕๕๐๔๔ Email: pimpawanenator@gmail.com																												

เขตสุขภาพที่ ๒

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

รายละเอียดตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ในเขตสุขภาพที่ ๒	
คำนิยาม	<p>ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA<sub>1c</sub> ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ และ ๓</p> <p>หมายเหตุ: ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี ๒๕๕๙ ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี ๒๕๖๑ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ</p> <p>ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = ๑๐-๑๕ และ Type area = ๑ และ ๓</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้ในเขตสุขภาพที่ ๒		
ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
๒๕๖๑	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี</p>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑ และ ๓)</p> <p>๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑ และ ๓)</p>	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม	
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้	
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	

รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	๑. $(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	๒. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔ หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๑:

	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
เบาหวาน	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐%
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐%

วิธีการประเมินผล :

- วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
- วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

เอกสารสนับสนุน :

- แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี ๒๕๕๗
- คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ ๒๕๕๘
- แนวทางการรักษาการรักษารโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง ๒๕๕๘
- รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCDClinic Plus

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในเขตสุขภาพที่ ๒	ร้อยละ	๒๑.๓๙	๒๖.๓๔	๒๗.๗๕ (ข้อมูล ณ ๒๘ สค.๖๐)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในเขตสุขภาพที่ ๒	ร้อยละ	๒๘.๑๘	๓๖.๑๖	๔๐.๑๙ (ข้อมูล ณ ๒๘ สค.๖๐)

หมายเหตุ : ข้อมูล จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข





เขตสุขภาพที่ ๓

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

รายละเอียดตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้
คำนิยาม	<p>ระดับน้ำตาลที่ควบคุมได้ หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ค่าระดับ HbA<sub>1c</sub> ครั้งสุดท้าย &lt; ร้อยละ ๗ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ หรือ</li> <li>ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) ๒ ครั้งที่ติดต่อกัน มีค่าระหว่าง ๘๐ – ๑๓๐ มก./ดล. ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</li> </ol> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ หรือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๒ ครั้ง ที่ติดต่อกัน มีค่า &lt; ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</li> </ol> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = I๑๐ - I๑๕ และ Type area = ๑ หรือ ๓</p>
มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ เพิ่มคุณภาพบริการ</p> <p>มาตรการที่ ๒ ลดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>มาตรการที่ ๓ บริหารจัดการระบบข้อมูล</p>
เกณฑ์เป้าหมายทั้งปี	<ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ <math>\geq ๕๐\%</math></li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ <math>\geq ๕๐\%</math></li> </ol>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</li> <li>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area ๑,๓)</li> <li>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่าย ทั้งหมด (Type area ๑,๓)</li> </ol>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับเขต (HDC)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีตัวชี้วัดเชิงปริมาณ)	$(A/B) \times ๑๐๐$ A=จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ตามเกณฑ์ที่กำหนด B=จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด $(C/D) \times ๑๐๐$ C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ตามเกณฑ์ที่กำหนด

	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการ เครือข่ายทั้งหมด				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๔ ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ ๑,๒,๓,๔)				
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๑:					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	เบาหวาน $\geq$ ร้อยละ ๓๐ ความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ ๔๐	เบาหวาน $\geq$ ร้อยละ ๓๕ ความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ ๔๕	เบาหวาน $\geq$ ร้อยละ ๔๐ ความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ ๕๐	เบาหวาน $\geq$ ร้อยละ ๔๐ ความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ ๕๐	
วิธีการประเมินผล :	๑. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๒. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี				
เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี ๒๕๕๗ ๒. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ ๒๕๕๘ ๓. แนวทางการรักษาการรักษารักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง ๒๕๕๘				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
	๑. ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	๒๐.๙๘	๒๘.๘	๒๗.๖๒
	๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๒๙.๒๘	๓๖.๐๕	๓๗.๐๘
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. พญ. นงลักษณ์ บุตรดี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร ๒. นพ. สงวนศักดิ์ เสียงเรืองแสง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ๓. นางจรรุภา คงรส นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร เขตสุขภาพที่ ๓				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. พญ. เพ็ญศรี มโนวิชิตสรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพิจิตร				

เขตสุขภาพที่ ๔

ตัวชี้วัด การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Smart Intermediate Care)

รายละเอียดตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Smart Intermediate Care)
คำนิยาม	การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Smart Intermediate Care) ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ
มาตรการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตั้งคณะทำงานระดับเขต/ระดับจังหวัด</li> <li>- ประชุมชี้แจงแนวทาง</li> <li>- คัดกรองผู้ป่วยและให้บริการตามแนวทางการให้บริการแบบ IPD (intermediate bed/ward รพช.), OPD และในชุมชน</li> <li>- พัฒนาระบบส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วยต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน</li> <li>- สร้างข้อมูลตามตัวชี้วัดเพื่อใช้วางแผนเพื่อการพัฒนา</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมายทั้งปี	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตได้รับการคัดกรองและให้บริการฟื้นฟูฯ ใน ๖ เดือนแรก ๗๐%
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา ๖ เดือน นับจากเมื่อภาวะทางการแพทย์คงที่</li> <li>๒. ลดความแออัด รพช. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.</li> <li>๓. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหวิชาชีพ</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่ที่ได้รับการรักษาและรอดชีวิต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงาน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ S A M๑ M๒ F๑ F๒ F๓ ที่ให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีตัวชี้วัดเชิงปริมาณ)	$(A/B) \times 100$ A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต ได้รับการคัดกรองและให้บริการฟื้นฟูฯ ใน ๖ เดือนแรก ๗๐% B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่ ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาและรอดชีวิต หมายเหตุ: ICD ๑๐ Stroke I๖๐ – I๖๔, Traumatic Brain Injury S๐๖๒ – S๐๖๙, Spinal Cord Injury S๑๔ – S๓๔

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔ ปี ๒๕๖๑			
เกณฑ์การประเมิน: ปี ๒๕๖๑				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	เริ่มมีการคัดกรองและให้บริการฟื้นฟูฯ ๖ จังหวัด	เริ่มมีการคัดกรองและให้บริการฟื้นฟูฯครบ ทั้ง ๘ จังหวัด	ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและให้บริการฟื้นฟูฯ ใน ๖ เดือนแรก ร้อยละ ๕๐	ได้รับการคัดกรองและให้บริการฟื้นฟูฯ ใน ๖ เดือนแรก ร้อยละ ๗๐
วิธีการประเมินผล	สสจ.จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน			
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ</li> <li>- รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub acute Rehabilitation)</li> </ul>			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			๒๕๕๘	๒๕๕๙
			-	-
				เริ่มมีการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้บริการใน ๕ จังหวัด
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นพ.ศุภศิลาภิ จัปานาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๖-๗๐๒๔๖๔๙ Email: sjampanak@gmail.com กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี</li> <li>๒. นางสุภาภรณ์ เทพพานิช นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๒-๒๖๗๒๖๘๘ Email: lookyod๑@hotmail.com งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี</li> </ol>			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นพ.นิตติ เหน็ดนุรักษ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๙-๙๐๐๗๒๑๔ Email: niti.th@gmail.com โรงพยาบาลสระบุรี</li> <li>๒. นพ.ศุภศิลาภิ จัปานาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๖-๗๐๒๔๖๔๙ Email: sjampanak@gmail.com หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี</li> </ol>			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นพ.อนุพันธ์ ตันธนาธิป นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๗-๙๘๙๖๖๑๖ Email: anuphansat@gmail.com หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลนครนายก</li> <li>๒. นางสุภาภรณ์ เทพพานิช นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๒-๒๖๗๒๖๘๘ Email: lookyod๑@hotmail.com งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี</li> </ol>			

เขตสุขภาพที่ ๕

ตัวชี้วัด การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) โครงการ Smart Hospital อัตราการครองเตียง  
รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	๒. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)			
โครงการที่	โครงการ Smart Hospital			
ระดับการวัดผล	โรงพยาบาล รพศ. / รพท.			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	อัตราการครองเตียง			
คำนิยาม	อัตราการครองเตียง ( <b>Bed Occupancy Rate</b> ) เป็นการแสดงร้อยละของการใช้เตียงทั้งหมดของสถานบริการ ในช่วงเวลาที่กำหนด ทั้งนี้จะใช้เตียงจริง แต่ไม่รวมถึงเตียง Observe, เตียงคลอด, Clip เด็ก หรือเตียงเสริมที่ไม่ได้ใช้ถาวร			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓
	-	ร้อยละ ๘๕	-	-
วัตถุประสงค์	ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย IPD ที่มารักษาตัวในโรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การรายงานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๒. ระบบการคีย์ผลรายงานข้อมูล ๔๓ แพ้ม			
แหล่งข้อมูล	๔๓ แพ้ม รพศ. / รพท.			
รายการข้อมูล ๑	A = ผลรวมจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเตียงของโรงพยาบาลที่ขออนุญาตไว้กับกระทรวงสาธารณสุขตามกรอบของโรงพยาบาลและ จำนวนวันในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / (B \times ๓๖๕)$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี ๒๕๖๑ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕
วิธีการประเมินผล :	วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราการครองเตียง			
เอกสารสนับสนุน :				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน เขต ๑๒	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
	อัตราการ ครองเตียง	อัตรา	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ธิตี แสงธรรม รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลนครปฐม กรรมการและเลขานุการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ					

เขตสุขภาพที่ ๖

ตัวชี้วัด จำนวนเมืองสมุนไพร

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)		
แผนที่	๙. อุตสาหกรรมทางการแพทย์		
โครงการที่	๑. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์		
ระดับการแสดงผล	เขต , ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด		
คำนิยาม	<p>เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ ๔ มาตรการ ดังนี้</p> <p><b>มาตรการที่ ๑</b> สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน</p> <p><b>มาตรการที่ ๒</b> พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร</p> <p><b>มาตรการที่ ๓</b> ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด</p> <p><b>มาตรการที่ ๔</b> ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดน่านร่อง หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย ๔ จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ ๑) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ ๖) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ ๘) และจังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ ๑๑)</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย ๙ จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ ๒) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ ๓) จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ ๔) จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ ๕) จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ ๖) จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ ๗) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ ๙) จังหวัดอำนาจเจริญ(เขตสุขภาพที่ ๑๐) และจังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ ๑๒)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>ปีงบประมาณ ๖๑</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">เขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๑ จังหวัด</td> </tr> </table>	<b>ปีงบประมาณ ๖๑</b>	เขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๑ จังหวัด
<b>ปีงบประมาณ ๖๑</b>			
เขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๑ จังหวัด			
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ		

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน (๔ เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑,๒,๘ และ ๑๑ ๒. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย (๙ เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๙, ๑๐ และ ๑๒
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(รายงานทุกไตรมาส) ๒. การตรวจราชการและนิเทศงาน ๓. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
แหล่งข้อมูล	๑. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(รายงานทุกไตรมาส) ๒. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน ๓. ข้อมูลการประเมินโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
รายการข้อมูล ๑	A = เขตสุขภาพที่ ๖ มีผลดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๑ จังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
<p><u>จังหวัดน่าน</u></p> <p>๑. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย ๑ กลุ่ม</p> <p>๒. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร</p>	<p><u>จังหวัดน่าน</u></p> <p>๑. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด</p> <p>๒. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร ( Demand &amp; Supply Matching)</p>	<p><u>จังหวัดน่าน</u></p> <p>๑. เพิ่มจำนวน Shop/Outlet อย่างน้อยปีละ ๑ แห่ง</p> <p>๒. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น</p> <p>๒.๑ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย ๑ ผลิตภัณฑ์</p> <p>๒.๒ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย ๒ ผลิตภัณฑ์</p>	<p><u>จังหวัดน่าน</u></p> <p>๑. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม ๑,๐๐๐ ไร่/ปี</p> <p>๒. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐาน GMP อย่างน้อย ๑ แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)</p> <p>๓. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๒๐</p>



			<p>๔. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕</p> <p>๕. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕</p>
<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>๑. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย ๑ กลุ่ม</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>๑. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด</p> <p>๒. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>๑. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย ๑ แห่ง</p> <p>๒. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand &amp; Supply Matching)</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>๑. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม ๑,๐๐๐ ไร่/ปี</p> <p>๒. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย ๑ แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)</p> <p>๓. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๒๐</p> <p>๔. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕</p> <p>๕. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐</p>
<p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>	<p>๑. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยจากรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๒. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>๓. ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p>		
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<p>๑. คู่มือการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p> <p>๒. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔</p>		

	<p>๓. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>๔. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</p>													
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>๒๕๕๘</th> <th>๒๕๕๙</th> <th>๒๕๖๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนเขตสุขภาพที่มีจังหวัดเมืองสมุนไพร</td> <td>เขตสุขภาพ/จังหวัด</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>๔/๔</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	จำนวนเขตสุขภาพที่มีจังหวัดเมืองสมุนไพร	เขตสุขภาพ/จังหวัด	-	-	๔/๔
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐										
จำนวนเขตสุขภาพที่มีจังหวัดเมืองสมุนไพร	เขตสุขภาพ/จังหวัด	-	-	๔/๔										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นายแพทย์จรูญ บุญฤทธิการ ผู้อำนวยการ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๗ ๒๑๑ ๔๔๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๘๒๙๕๗๖ โทรสาร : ๐๓๘ ๒๑๔๖๔๕ E-mail : charunskh๖@gmail.com</p> <p>๒. ดร.ภญ.สุภาภรณ์ ปิติพร รองผู้อำนวยการ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๗ ๒๑๑ ๘๘๘ ต่อ ๓๓๑๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๔๒๓๙๔๘๗ โทรสาร : ๐๓๘ ๒๑๔๖๔๕ E-mail : spitiporn@yahoo.com</p> <p>๓. ภก.ผกากรอง ขวัญข้าว หัวหน้าศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 211 446 ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โทรศัพท์มือถือ : 087 247 6333 รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรสาร : 038 214645 E-mail : pakakrong2@gmail.com</p>													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับเขต)	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยฯ เขตสุขภาพที่ ๖ (รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี)													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. ภก.ผกากรอง ขวัญข้าว หัวหน้าศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037 211 446 ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โทรศัพท์มือถือ : 087 247 6333 รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรสาร : 038 214645 E-mail : pakakrong2@gmail.com</p> <p>๒. นางสาวยุพิน แก้วกอกเกต แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙๐๘๘๒๑๐๕ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๗-๒๑๑๐๘๘ ต่อ ๓๔๔๘ โทรสาร : ๐๓๘ ๒๑๔๖๔๕ E-mail: kookkai_๐๒๙@hotmail.com</p> <p>๓. น.ส.นุชลดา โรจนประภาพรรณ หน.กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและ- โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔๘๘๖๑๙๕๔ การแพทย์ทางเลือก สสจ.ปราจีนบุรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๗-๒๑๑๖๒๖ ต่อ ๑๔๓ โทรสาร : ๐๓๗๒๑๑๖๒๖ E-mail : herbprachin@pho.in.th</p>													



เขตสุขภาพที่ ๗

ตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	๑. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
ชื่อตัวชี้วัด proxy :	๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน ๓๐ วัน
คำนิยาม	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน - <u>การคัดกรองพัฒนาการเด็ก</u> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) - <u>เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที(๑B๒๖๒) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) - <u>เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ - <u>เด็กพัฒนาการสมวัย</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน(๑B๒๖๐) - <u>เด็กพัฒนาการล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่าน

<p>ครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน ๓๐ วัน

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</li> <li>พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</li> <li>ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ เพิ่ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจ คัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑)																
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที(๑B๒๖๒) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)																
รายการข้อมูล ๕	E = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒																
รายการข้อมูล ๖	F = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน(๑B๒๖๐)																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม)</p> $= \frac{B}{A} \times 100$ <p>๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)</p> $= \frac{C+D}{B} \times 100$ <p>๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน ๓๐ วัน</p> $= \frac{E}{C} \times 100$ <p>๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย</p> $= \frac{F}{B} \times 100$																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑,๒,๓ และ ๔(ไม่สะสม)																
<p>เกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ๔ตัวชี้วัดดังนี้</p> <p>ตัวชี้วัด:ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> </tr> </table> <p>ตัวชี้วัด:ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> </tr> </table>		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน														
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕														
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน														
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐														

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน ๓๐ วัน ไม่น้อยกว่า

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐

**มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :**

**๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม) ร้อยละ ๙๐**

**๑.๑ ใช้กลไกในพื้นที่**

- คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- MCH Board ผ่าน Child Project Manager กำกับ ติดตามการดำเนินงาน และจัดบริการที่ได้มาตรฐาน

เข้าถึงบริการเท่าเทียม

๑.๒ สร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน

๑.๓. ประสานแหล่งเงินทุนภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น สปสช., สสส. เป็นต้น

**๒. ร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐**

**๒.๑ ใช้กลไกในพื้นที่**

- คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- MCH Board ผ่าน Child Project Manager
- สนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่/ครูพี่เลี้ยง และพ่อแม่ ผู้ปกครองในการใช้คู่มือเฝ้าระวัง

และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)

- เยี่ยมเสริมพลังโครงการเฉลิมพระเกียรติฯ

**๒.๒ ประสานแหล่งเงินทุนภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก**

เช่น สปสช., สสส. เป็นต้น

**๓. ร้อยละของเการตรวจคัดกรองสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ**

**๓.๑ ใช้กลไกในพื้นที่**

- คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- MCH Board ผ่าน Child Project Manager กำกับ ติดตามการดำเนินงาน ในเรื่อง การกระตุ้นพัฒนาการ

และติดตามเด็กสงสัยล่าช้า กลับมาประเมินซ้ำ ภายใน ๓๐ วัน

Small Success :

๓เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<b>เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.</b>			
<p>๑. เข้าร่วมประชุมของ คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ MCH Boardในเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัยพร้อมข้อเสนอแนะ (ในเรื่องตัวชี้วัดความครอบคลุม สงสัยล่าช้า ติดตาม)</p> <p>๒. มีแผนการขับเคลื่อนส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี พัฒนาการสมวัย ผ่านกลไกระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีรัฐ เอกชน ชุมชนเช่น แผนงานบูรณาการพัฒนาเด็กปฐมวัย การรณรงค์ในพื้นที่ เป็นต้น</p> <p>๓. งบประมาณจากทุกแหล่งทุน ควรเน้นการใช้เงินทุนให้ตรงกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ทั้งเรื่องความครอบคลุมการคัดกรอง ค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าและกระตุ้นติดตาม เช่น สื่อสารประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ จัดหาคู่มือ/อุปกรณ์ พัฒนาศักยภาพการคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือDSPM ของบุคลากร และการอำนวยความสะดวกในการกลับมาประเมินซ้ำ</p> <p>๔. มีแผนการกระจายคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ฉบับที่มี QR Code และ Clip VDO</p>	<p>๒. มีการขับเคลื่อนตามแผนฯและกำกับติดตามให้ได้ตามเป้าหมาย ๖ เดือน *</p> <p>๓. ประเมินผลการดำเนินงานตามงบประมาณ</p>	<p>๒. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนฯให้ได้เป้าหมาย ๙ เดือน * และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่</p> <p>๓. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนฯให้ได้เป้าหมาย ๙ เดือน</p>	<p>๒. สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะในการพัฒนางานต่อไป</p> <p>๓.ดำเนินงานครบถ้วนตามเป้าหมายที่กำหนดในแผน</p> <p>๔. สรุปผลการสำรวจการใช้และความต้องการDSPM ร่วมกันจัดทำแผนขอสนับสนุน</p>



<p>- ฉบับ Paper - ฉบับ E- Book</p> <p>และแบบสำรวจการใช้ DSPMOnline ให้ทั่วถึง</p> <p>๕. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้คู่มือ DSPM อย่างเข้าใจและส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองใช้คู่มือDSPM มากขึ้น</p> <p>๖. สื่อสารประชาสัมพันธ์องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติในเรื่อง พัฒนาการสมวัย ผ่านช่องทาง Website, Social media เพื่อให้บุคลากรและพ่อแม่ผู้ปกครองเกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและนำไปปฏิบัติได้</p> <p>๗. ชี้แจงทำความเข้าใจให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็ก ๕ ไร่ ๓ บารบ “มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐”</p>	<p>๕.ขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรฯ</p> <p>๖. เพิ่มช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ใน เรื่อง พัฒนาการสมวัย ฯ ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่</p> <p>๗. สนับสนุนศูนย์เด็กเล็กให้จัดบริการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐</p> <p>๘. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๖ เดือน *</p>	<p>๕. กำกับติดตามขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรฯ</p> <p>๖. ประเมินผลเพื่อพัฒนาช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ฯ</p> <p>๗. สนับสนุนศูนย์เด็กเล็กให้ประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐</p> <p>๘. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๙ เดือน *</p>	<p>การกระจายคู่มือฯปีต่อไป</p> <p>๕.บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพการใช้คู่มือ DSPM อย่างเข้าใจและส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองใช้คู่มือDSPM มากขึ้นและสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาจัดทำแผนในปีถัดไป</p> <p>๖. บุคลากรและพ่อแม่ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนัก และสามารถปฏิบัติในเรื่อง การส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย</p> <p>๗. ศูนย์เด็กเล็กจัดบริการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐และมีการประเมินตนเองอย่างน้อยร้อยละ๗๐</p> <p>๘. เด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐และ ๔๒ เดือน ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ ร้อยละ ๙๐</p> <p>๙. เด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือนพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			(ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ ๑๐. เด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือนที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นและติดตามกลับมาประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐วัน ร้อยละ ๑๐๐
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก ๓๐ วัน (ทุกเดือน) *การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย ๔๕ วัน
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>๒. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</li> <li>๓. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล</li> <li>๔. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปีดีไอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว)(เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)</li> <li>๕. คู่มือมิสนมแม่</li> <li>๖. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก</li> <li>๗. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ</li> </ol>
------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม)*(HDC ๒๕๖๐)	๘๐.๕	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	๘๐.๕
๒. ร้อยละเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า**(HDC ๒๕๖๐)	๑๖.๐	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	๑๒.๐	๑๖.๐
๓. ร้อยละของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการติดตาม* (HDC ๒๕๖๐)	๗๓.๓	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	๕๗.๐	๗๓.๓
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย*(HDC ๒๕๖๐)	๙๕.๘	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	๙๐.๖	๙๕.๘

**\*ผลงาน HDCคค๒๕๕๙-กย๒๕๖๐ ณ. ๑๒ พย.๒๕๖๐**

หมายเหตุ : การตั้งค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๑ ที่ร้อยละ ๘๕ คิดจากข้อมูลทางวิชาการ พบว่า

๑. เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ ๓.๕ - ๒๔.๐ (โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ ๑๓.๙ และประเทศอิสราเอลพบที่ร้อยละ ๘.๙ )

๒. มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) เพิ่มขึ้นในระยะเวลา ๑๒ ปี (๑๙๙๗-๒๐๐๘) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๗.๑ ประเทศไต้หวันพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐.๐ ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ ๘๕ จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว

<p><b>ผู้กำกับตัวชี้วัด</b></p>	<p>๑. นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย โทร ๐๒ ๕๙๐ ๔๐๔๙ E-mail:drwachira๙๙@gmail.com</p> <p>๒. นพ.เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ ๕๙๑ ๘๑๖๖ E-mail : ekachaipien@hotmail.com</p> <p>๓. นางสาวสายพิน โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ ๕๙๑ ๘๑๐๔ E-mail : saipin.chotivichien@gmail.com</p>
<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<p>๑. นางพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๔๒๖ โทรสาร : ๐๒ -๕๙๐ ๔๔๒๗ E-mail : pimolphan.t@anamai.mail.go.th</p> <p>๒. นพ.ธีรชัย บุญยะสิทธิ์ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ - ๕๙๑ ๘๑๐๔ โทรสาร : ๐๒ -๕๙๑ ๐๕๕๗ E-mail : teerboon@hotmail.com</p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>๑. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย ๒. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติกรมอนามัย ๓. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>๑. นพ.ประวิตร ศรีบุญรัตน์ ประธานคณะกรรมการ CIO เขตสุขภาพที่ ๗ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๓๘๑ ๖๐๗๑ E-mail : ph.area๗@gmail.com</p> <p>๒. นางพรรณราย ชูศรีทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๓๒๓ ๔๖๖๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗ ๓๗๔ ๕๑๑๑ โทรสาร : ๐ ๔๓๒๓ ๔๖๖๕ E-mail : pnachoo๑๑@gmail.com</p>

เขตสุขภาพที่ ๘

ตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนที่	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
โครงการที่	โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ		
ลักษณะ	เชิงปริมาณ		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง		
คำนิยาม	<p>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>๑ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS ๑๐๐ – ๑๒๕ mg/dl หรือค่าระดับ RPG มากกว่า ๒๐๐ mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>๒ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>๑. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ มีค่าระดับความดันโลหิต <math>\geq 140/90</math> mmHg ใน ๓ เดือนแรกของปีงบประมาณ และรอการวินิจฉัยของแพทย์</p> <p>๒. การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม.หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว ภายใน ๙ เดือน</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
	๒๕๖๑	-อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐	-อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ ๑๐
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>๒. เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p>		

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา ๒. ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน ๓ เดือนแรกของปีงบประมาณ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน ๓ เดือนแรกของปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. $(A/B) \times 100$ ๒. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔ หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๑ :

	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
DM	-อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม $\geq$ ร้อยละ ๓๐	-อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม $\geq$ ร้อยละ ๘๐	-อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม $\geq$ ร้อยละ ๙๐	-อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐
HT	-มีการเตรียมความพร้อมและแผนงานในการดำเนินงานสำหรับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	-อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ ๕	-อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ ๘	-อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ ๑๐

<p><b>หมายเหตุ :</b> คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ</p> <p>๑. งดสูบบุหรี่ และดื่มน้ำวันละ ๖ ลิตร อย่างน้อย ๖ เดือน</p> <p>๒. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า ๓๐.๐ กก./ม<sup>๒</sup> ให้ลดน้ำหนักลง ๕% ของน้ำหนักเดิม ภายใน ๑ ปีด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)</p> <p>๓. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย ๖ เดือน</p>					
<b>วิธีการประเมินผล :</b>		ติดตามจากระบบรายงานใน HDC			
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>		-			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>๒๕๕๘</b>	<b>๒๕๕๙</b>	<b>๒๕๖๐</b>
	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	๒.๐๙	๒.๔๐	๒.๐๗ รอบ ๙ เดือน (ข้อมูล HDC ณ ๓๐ มิ.ย. ๖๐)
อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตรา	-	-	-	
ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	<p>สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘</p> <p>๑. นางรัชณี คอมแพงจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๒๒๓๕๖ ต่อ ๑๓๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๕๗๔๔๕๙๙ E-mail : r๘waycio@gmail.com</p> <p>๒. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๔๑๓๓๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๑๐๒๔๗๕ E-mail : yoljit๑๗@gmail.com</p>				

เขตสุขภาพที่ ๙

ตัวชี้วัด ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)										
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ										
โครงการที่	๒. โครงการควบคุมโรคติดต่อ										
ระดับการแสดงผล	จังหวัด										
ชื่อ ตัวชี้วัด เชิงปริมาณ	๑๖. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี										
คำนิยาม	<p>ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ ๔ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๙ ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์</p> <p>ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึงตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๕ มาตรการ ได้แก่</p> <p><u>มาตรการที่ ๑</u> การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมีมาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล เพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ</p> <p><u>มาตรการที่ ๒</u> การควบคุมป้องกัน หมายถึงมีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดโรค</p> <p><u>มาตรการที่ ๓</u> การรักษาพยาบาล หมายถึงมีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป</p> <p><u>มาตรการที่ ๔</u> การดูแลรักษา หมายถึงการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p><u>มาตรการที่ ๕</u> การสื่อสารสาธารณะ หมายถึงตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์ และสร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคอาหารเมนูปลาปรุงดิบ</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ ๖๑</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๒</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๓</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๔</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔								
ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐								

วัตถุประสงค์	๑) เพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๙ และให้การรักษา ๒) เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง ๔ จังหวัด ๓) เพื่อสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้มีประสิทธิภาพในพื้นที่เสี่ยง		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๙๒ ตำบล (นครราชสีมา ๓๒ ตำบล ชัยภูมิ ๒๕ ตำบล บุรีรัมย์ ๑๑ ตำบล และสุรินทร์ ๒๔ ตำบล)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภายเป็นพระราชกุศลฯ (Isan-cohort)		
แหล่งข้อมูล	๑. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใช้ข้อมูลจากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ สคร. ๙ (๙๒ ตำบล) ๒. โปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภายเป็นพระราชกุศลฯ (Isan-cohort)		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย (๙๒ ตำบล)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามผลไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี ๒๕๖๑ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๕ (ของ ๙๒ ตำบล = ๕ ตำบล)	ร้อยละ ๓๐ (ของ ๙๒ ตำบล = ๒๘ ตำบล)	ร้อยละ ๗๐ (ของ ๙๒ ตำบล = ๖๕ ตำบล)	ร้อยละ ๑๐๐ (ของ ๙๒ ตำบล = ๙๒ ตำบล)
ปี ๒๕๖๒ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๘๐
ปี ๒๕๖๓ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๘๐
ปี ๒๕๖๔ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๘๐



<p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>	<p>๑. ความสำเร็จของการดำเนินงานตามค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด “ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ต้องมีการดำเนินงานครบทั้ง ๕ มาตรการ รายไตรมาสอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. การวัดผลสำเร็จการดำเนินงานไตรมาสที่ ๔ ต้องดำเนินงานครบทั้ง ๕ มาตรการและมีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมสำคัญ ดังนี้</p> <p>๒.๑ ตำบลมีการออกและบังคับใช้ข้อบังคับจัดการ สิ่งปฏิกูล ลดการแพร่กระจายโรคในสิ่งแวดล้อม คน สัตว์รังโรค และมีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียน ทุกตำบลในพื้นที่ดำเนินการ (มาตรการที่ ๑ การสร้างเสริมสุขภาพ)</p> <p>๒.๒ ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโดยการตรวจอุจจาระ และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย (คัดกรองตำบลละ ๙๐๕ ราย ในพื้นที่ดำเนินการใหม่ และติดตามตรวจผู้ติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ดำเนินการเดิม) (มาตรการที่ ๒ การควบคุมป้องกันโรค)</p> <p>๒.๓ ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ (มาตรการที่ ๓ การรักษาพยาบาล)</p> <p>๒.๔ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัด (มาตรการที่ ๔ การดูแลรักษา)</p> <p>๒.๕ รมรณรงค์ สร้างกระแสปลูกปลาสุก และสนับสนุนผู้ประกอบการในการปรุงปลาปลอดพยาธิ เพื่อให้ผู้ประกอบการประกอบผลิตภัณฑ์ปลาปลอดพยาธิและบังคับใช้กฎหมายให้เป็นรูปธรรม การให้ความรู้/อบรมกับผู้ประกอบการ ทุกตำบลในพื้นที่ดำเนินการ (มาตรการที่ ๕ การสื่อสารสาธารณะ) (ข้อ ๒.๒ ๒.๓ และ ๒.๔ บันทึกใน Isan cohort)</p>				
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<p>-</p>				
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>		
			<p>๒๕๕๘</p>	<p>๒๕๕๙</p>	<p>๒๕๖๐</p>
	<p>ร้อยละ ๘๐ ของตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>-</p>	<p>๑๒ ตำบล (ร้อยละ ๑๐๐)</p>	<p>๓๑ ตำบล (ร้อยละ ๑๐๐)</p>

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>๑. นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๑๖๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๘๙๑๙๗๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๓๒ E-mail : drungrueng@hotmail.com</p> <p>๒. นางอรณาด วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิโรคในถิ่นทุรกันดาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๑๘๐, ๐๒-๕๙๑๘๔๓๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๗๕๓๕๖๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๓๖ E-mail : oranard.w@gmail.com</p> <p>๓. นายอัมภัก วิเศษโมรา กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๑๘๐, ๐๒-๕๙๑๘๔๓๖ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๓๖ E-mail :</p> <p><b>กรมควบคุมโรค</b></p>
<p>หน่วยงานประมวผลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ Node OVCCA เขต ๙ (กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์)</p>

เขตสุขภาพที่ ๑๐

ตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

รายละเอียดตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
คำนิยาม	เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (สมวัยครั้งที่ ๒)
มาตรการ	<p><b>มาตรการที่ ๑ :</b>พัฒนา SMART MCH Board ในทุกระดับ</p> <p>๑) ผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ โดยใช้กลไก MCH board บูรณาการร่วมกับคณะอนุกรรมการพัฒนาการเด็กปฐมวัย Service plan และ พขอ. รวมไปถึงบทบาทในการประสานแหล่งเงินจาก สปสช. เพื่อสนับสนุนให้มีธนาคารนมแม่ใน รพ.สต</p> <p>๒) <b>สุมประเมิน/Ranking MCH Board</b>ที่มีการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กแบบบูรณาการ</p> <p><b>มาตรการที่ ๒ :</b>สร้างเด็กเขต ๑๐ เพื่อก้าวสู่เด็กไทย ๔.๐</p> <p>๑) Start Up Kids to Grow R๑๐ โดยใช้ แนวทาง “NEST” STEP</p> <p>๒) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ศูนย์เด็กเล็กตามรอยพระยุคลบาท + <b>พัฒนาศูนย์ EF</b> ต้นแบบระดับเขต/จังหวัด เพื่อเพิ่ม IQ EQ</p> <p>๓) เสริมศักยภาพพ่อแม่/ผปค.เด็กปฐมวัยและครูศูนย์เด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก</p> <p>๔) เยี่ยมเสริมพลังเพื่อติดตามการดำเนินงานตาม Road Map Smart Kids</p> <p>๕) พัฒนา ตำบลจิตอาสาต้นแบบเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในพื้นที่อย่างยั่งยืน</p> <p>๖) อบรมครู ก. เพื่อการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน</p>
เกณฑ์เป้าหมายทั้งปี	ร้อยละ ๘๕
วัตถุประสงค์	<p>๑. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</p> <p>๒. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</p> <p>๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม</p> <p>๒. ศูนย์อนามัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส ส่งกรมอนามัย</p>
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด (กรณีตัวชี้วัด เชิงปริมาณ)	$((A+B/C) \times 100)$ <p>A = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกผ่านครบ ๕ ด้าน</p> <p>B = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน และผลการคัดกรองซ้ำผ่านครบ ๕ ด้าน</p> <p>C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด</p>												
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ (ไม่สะสม)												
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๘๕</td> </tr> </table>				รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน										
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕										
วิธีการ ประเมินผล :	ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย												
เอกสาร สนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</li> <li>คู่มือникส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล</li> <li>คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปีวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)</li> <li>คู่มือมีสมแม่</li> <li>คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก</li> <li>คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ</li> </ol>												
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
	ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มี พัฒนาการ สมวัย	ร้อยละ	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐								
			N/A ข้อมูลระบบ HDC ยังไม่สมบูรณ์	๙๐.๖ (DSPM สตป.คัดกรอง ในเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ เดือนและรวม ติดตาม)	๙๖.๕ (DSPM สตป. คัดกรองใน เด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ เดือนและรวม ติดตาม)								
	หมายเหตุ : ข้อมูล ปี ๕๘ เริ่มมีการใช้งานใน HDC เป็นข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กเฉพาะช่วงอายุ ๔๒ เดือน และไม่ได้ติดตามพัฒนาการ												
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>นพ.สรารุณี บุญสุข ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี โทร. ๐๘๑ ๘๗๖๕๔๑๒</li> <li>นางมลลิวี แสนใจ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. ๐๙๑ ๘๒๙๗๔๕๗</li> </ol>												

	<p>๓. นางสาวนภัชชล รอดเที่ยง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘๙ ๘๔๔๓๔๗๒</p> <p><u>สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐</u></p> <p>๔. นางสุชาร์ตน์ ญาวงค์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทร. ๐๖๑ ๕๔๒๙๓๙๕</p> <p>๕. นายผดุงศักดิ์ ศรีवास ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. ๐๘๗ ๓๕๙๗๖๘๐</p>
<p>หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำ ข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>๑. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p> <p>๒. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย</p> <p>๓. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p><u>ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี</u></p> <p>๑. นางมลลณี แสนใจตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. ๐๙๑ ๘๒๙๗๔๕๗</p> <p>๒. นางสาวนภัชชล รอดเที่ยง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘๙ ๘๔๔๓๔๗๒</p> <p><u>สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐</u></p> <p>๓. นางสุชาร์ตน์ ญาวงค์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทร. ๐๖๑ ๕๔๒๙๓๙๕</p>

เขตสุขภาพที่ ๑๑

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

รายละเอียดตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้							
คำนิยาม	<p>ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA<sub>1c</sub> ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ และ ๓</p> <p>หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี ๒๕๕๙ ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับใน ปี ๒๕๖๐ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I๑๐ - I๑๕ และ Type area = ๑ และ ๓</p>							
มาตรการ	มาตรการที่ ๓ เสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ							
เกณฑ์เป้าหมายทั้งปี	<table border="1" data-bbox="475 1173 1409 1323"> <thead> <tr> <th data-bbox="475 1173 839 1223">ปีงบประมาณ ๒๕๖๑</th> <th data-bbox="839 1173 1409 1223">เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="475 1223 839 1272">เบาหวาน</td> <td data-bbox="839 1223 1409 1272">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1272 839 1323">ความดันโลหิตสูง</td> <td data-bbox="839 1272 1409 1323">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	เป้าหมาย	เบาหวาน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐	ความดันโลหิตสูง	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	เป้าหมาย							
เบาหวาน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐							
ความดันโลหิตสูง	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐							
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี</p>							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑ และ ๓)</p> <p>๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑ และ ๓)</p>							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม							
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีตัวชี้วัดเชิงปริมาณ)	<p>๑. <math>(A/B) \times ๑๐๐</math></p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>๒. <math>(C/D) \times ๑๐๐</math></p>							

	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส ๔ หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์			
<b>เกณฑ์ประเมิน : ปี ๒๕๖๑ :</b>				
	<b>รอบ ๓ เดือน</b>	<b>รอบ ๖ เดือน</b>	<b>รอบ ๙ เดือน</b>	<b>รอบ ๑๒ เดือน</b>
เบาหวาน	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ $\geq$ ร้อยละ ๓๐	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ $\geq$ ร้อยละ ๓๕	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ $\geq$ ร้อยละ ๔๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐
ความดันโลหิตสูง	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ $\geq$ ร้อยละ ๔๐	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ $\geq$ ร้อยละ ๔๕	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ $\geq$ ร้อยละ ๕๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	๑. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๒. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี			
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	๑. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี ๒๕๕๗ ๒. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ ๒๕๕๘ ๓. แนวทางการรักษาการรักษารักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง ๒๕๕๘ ๔. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>	
			<b>๒๕๕๘</b>	<b>๒๕๕๙</b>
			<b>๒๕๖๐</b>	
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	๒๕.๒๔	๒๘.๘๒	๒๐.๒๑ รอบ ๙ เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ ๓๐ มิ.ย ๒๕๖๐)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๒๒.๘๒	๒๗.๐๐	๓๒.๔๕ รอบ ๙ เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ ๓๐ มิ.ย ๒๕๖๐)
หมายเหตุ : ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	๑. พญ.ศิริลักษณ์ ไทยเจริญ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช โทรศัพท์ทำงาน : ๐๗๕-๓๔๑๑๔๗ โทรสาร : ๐๗๕-๓๔๒๓๒๘ E-mail : siriluck๑๔๐๗๕@hotmail.com			

	<p>๒. นางสาวพรทิพย์ ใจเพชร รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๗๔๙๕๘๐ E-mail : pornampa@yahoo.com โทรศัพท์ทำงาน : ๐๗๕-๓๔๑๑๔๗ โทรสาร : ๐๗๕-๓๔๒๓๒๘</p> <p>๓. นางสาวกรรณิกา สุวรรณา หัวหน้ากลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย โทรศัพท์ทำงาน : ๐๗๕-๓๔๑๑๔๗ โทรสาร : ๐๗๕-๓๔๒๓๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๙๒๔๙๒๓ E-mail : pukannika๒๒@yahoo.com</p> <p>๔. นางสาววลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ทำงาน : ๐๗๕-๓๔๑๑๔๗ โทรสาร : ๐๗๕-๓๔๒๓๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๖๖๓๓๘๘๗ E-mail : walailuck_sit@hotmail.com</p>
<p>ห นั ว ย ง าน ประเมินผล และ จัดทำข้อมูล (ระดับเขต)</p>	<p>สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>๑. นางสาววลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ทำงาน : ๐๗๕-๓๔๑๑๔๗ โทรสาร : ๐๗๕-๓๔๒๓๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๖๖๓๓๘๘๗ E-mail : walailuck_sit@hotmail.com</p> <p>๒. นางสาวจิรา แก้วดำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ทำงาน : ๐๗๕-๓๔๑๑๔๗ โทรสาร : ๐๗๕-๓๔๒๓๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๗๒๗๘๔๖๒ E-mail : <a href="mailto:ple๘๕๖@hotmail.com">ple๘๕๖@hotmail.com</a></p> <p>๓. ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๗ จังหวัด</p>



เขตสุขภาพที่ ๑๒

ตัวชี้วัด อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดา

รายละเอียดตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดา			
คำนิยาม	การเสียชีวิตของมารดา หมายถึง การเสียชีวิตของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด (แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ) ต่อแผนการเกิดมีชีพ			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓
	ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	ลดอัตราส่วนตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทะเบียนรายงานการตายมารดาไทยจากสถานบริการสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากสถานบริการสาธารณสุข รวบรวมโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีตัวชี้วัดเชิงปริมาณ)	$(A/B) \times 100,000$ <p>A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด ๔๒ วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</p>			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี ๒๕๖๑ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	๒๐ : แसन LB	๒๐ : แसन LB	๒๐ : แसन LB	๒๐ : แसन LB
วิธีการประเมินผล :	๑. จังหวัดรวบรวมข้อมูลมารดาไทยตายจากระดับอำเภอ ตำบล ๒. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลมารดาไทยตายจากระดับจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องและคำนวณอัตราส่วนการตายของมารดา ๓. ศูนย์อนามัยจัด conference case มารดาไทยตายระดับเขต ๔. วิเคราะห์สรุปลักษณะการตายของมารดาและแนวทางแก้ไข			
เอกสารสนับสนุน :				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน เขต ๑๒	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
		อัตราส่วนการตาย มารดาต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน	๓๘.๘	๔๒.๘	๔๕.๒๖	๓๐.๑๒
หมายเหตุ : รายงานการตายของมารดาตามที่อยู่จริง						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางเริงฤทัย หลีเส็น โทรศัพทที่ทำงาน : ๐๗๓-๒๑๖๗๖๗ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๕-๘๘๔๑๕๔๐ โทรสาร : ๐๗๓-๒๑๓๗๔๗ E-mail : neabigbike@hotmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและ จัด ทำ ข้อมูล ( ระดับ ส่วนกลาง)	ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา กรมอนามัย					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	๑. นางเริงฤทัย หลีเส็น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพทที่ทำงาน : ๐๗๓-๒๑๓๗๖๗ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๕-๘๘๔๑๕๔๐ โทรสาร : ๐๗๓-๒๑๓๗๔๗ E-mail : neabigbike@hotmail.com สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					



กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๐๓๗ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๔๐๖