



รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด รวมทั้งการเข้าสู่การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ ซึ่งในการดำเนินงานได้กำหนดแผนเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ 4 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย เมื่อสิ้นแผนในปี 2579 โดยแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1.ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2.ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3.ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4.แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” หน่วยงานต่างๆจึงได้ร่วมกันจัดทำแผน และรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี ภายใต้กรอบ 15 แผนงาน 45 โครงการ และ 80 ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณกรม กอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

กันยายน 2560

สารบัญ

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
	คำนำ	ก
	สรุปภาพรวมตัวชี้วัด 80 ตัว	ข
1	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	1
2	อัตราการส่วนการตายมารดาไทย	4
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	7
4	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	10
5	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	14
6	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	17
7	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	22
8	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	25
9	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	28
10	ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	31
11	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	34
12	ร้อยละของ Healthy Ageing	39
13	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	44
14	ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	48
15	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	53
16	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	57
17	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	60
18	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	63
19	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	66
20	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	72
21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	79
22	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด	83
23	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	89

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
24	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน	95
25	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	100
26	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	103
27	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	106
28	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	110
29	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	112
30	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	118
31	อัตราการตายทารกแรกเกิด	121
32	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	124
33	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	132
34	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	137
35	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	141
36	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	144
37	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	149
38	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	155
39	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	158
40	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	161
41	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	165
42	อัตราการตายจากมะเร็งปอด	167
43	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	169
44	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	172
45	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	174
46	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)	176
47	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง	179
48	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	182
49	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	185
50	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	188

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
51	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	194
52	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	198
53	จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด	203
54	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	208
55	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	213
56	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	217
57	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	221
58	ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	225
59	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	229
60	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	236
61	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม	242
62	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการ ควบคุมภายใน	244
63	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	250
64	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	259
65	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	266
66	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	269
67	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	273
68	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	276
69	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)	279
70	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่ สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	282
71	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	285
72	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	288
73	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์	303

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
74	ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของ งบประมาณทั้งหมด	307
75	ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น	312
76	ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	316
77	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	321
78	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการ ด้านสุขภาพ	325
79	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่ นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	330
80	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ ภาคผนวก ก (ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)	334 341
	ภาคผนวก ข (แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและรายงานตัวชี้วัด)	467

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
											HDC	other				HDC	other				HDC	other
1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																						
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ 12 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																						
1	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	1	1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการลดมาตรฐาน	กรมการแพทย์		ส่วนกลาง		✓														
		2	2) อัตราส่วนการตายมารดาไทย	กรมอนามัย		ส่วนกลาง					✓											
		3	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	กรมอนามัย		จังหวัด								✓								
		4	4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	กรมอนามัย		จังหวัด								✓								
2	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	5	1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	กรมสุขภาพจิต		ส่วนกลาง			✓													
		6	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	กรมอนามัย		จังหวัด							✓									
		7	3) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	กรมสุขภาพจิต		ส่วนกลาง			✓													
		8	4) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	กรมอนามัย		จังหวัด							✓									
		9	5) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	กรมอนามัย		ส่วนกลาง					✓											
3	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	10	1) ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	กรมอนามัย		จังหวัด							✓									
4	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	11	1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย		ส่วนกลาง		✓														
		12	2) ร้อยละของ Healthy Ageing	กรมการแพทย์		จังหวัด							✓									
แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																						
5	*1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	13	1) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	สปลค./กองบริหารการสาธารณสุข/สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย	1	1	จังหวัด							✓								

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
											HDC	other				HDC	other				HDC	other
39	*2. โครงการพัฒนาองค์กร คุณภาพ	63	1) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กพร.สป.			ส่วนกลาง		✓													
		64	2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	กองบริหารการ สาธารณสุข			ส่วนกลาง		✓													
		65	3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	สำนักปฐมนุ้มนิและ หมอครอบครัว/ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน			ส่วนกลาง				✓											

แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
(2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

40	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ แห่งชาติ (NHIS)	66	1) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพข้อมูล	กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน			จังหวัด												✓		
41	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วย เศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)	67	1) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ			ส่วนกลาง		✓												
		68	2) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ			ส่วนกลาง		✓												

แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
(2 โครงการ 4 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

42	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำ ของ 3 กองทุน	69	1) ใช้จ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบ หลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)	สปสช.			ส่วนกลาง				✓									
		70	2) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบ หลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคา เดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	กองเศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ			ส่วนกลาง				✓									
		71	3) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉิน			ส่วนกลาง				✓									

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
											HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																						
45	1. โครงการปรับโครงสร้างและ พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ	80	1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและ มีการบังคับใช้	กองกฎหมาย			ส่วนกลาง	✓														
รวม 15 แผนงาน 45 โครงการ 80 ตัวชี้วัด									13	11	4	0	22	6	3	0	17	1	0	3	0	0

รวม 15 แผนงาน 45 โครงการ 80 ตัวชี้วัด

หมายเหตุ * คือ PA ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ตรวจราชการ ปี 2561

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัด	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน			
คำนิยาม	<p>การคลอดมาตรฐาน หมายถึง</p> <p>1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน</p> <p>2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง</p> <p>3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์</p> <p>3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์</p> <p>3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์</p> <p>3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น</p> <p>4. มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐาน</p> <p>5. มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	: ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน			
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	70	80	90	100
วัตถุประสงค์	มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยเฉพาะมารดาที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านสูติกรรมในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์			
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน			

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	70	-	70	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	80	-	80	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	90	-	90	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	100	-	100	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย 2. ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์(พ่วงไปกับการประเมินโรงพยาบาลสายใยรัก) 3. สรุปผลการประเมิน 4. คำนวณอัตราส่วนของสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน/สถานบริการสุขภาพของรัฐทั้งหมด 				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	NA	NA	NA	NA	NA

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ผศ.นพ. เกษม เสรีพรเจริญกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062988 โทรสาร : 02-3548084</p> <p>โรงพยาบาลราชวิถี</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม โทรศัพท์มือถือ : 081-6945405 E-mail : kasem_saeree@yahoo.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>2. นางจุฬารักษ์ สิงหกลางพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>กรมการแพทย์</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-355-4866, 081-8424148 E-mail : klangpol@yahoo.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวจิรภัทร์ เยียวยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062957 โทรสาร : 02-2062957</p> <p>โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-5918279</p> <p>กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 085-6971650 E-mail : coeplus.rajavithi@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย			
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และ/หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (g1หรือ CE) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัย ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดาต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน 			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน

วิธีการประเมินผล :

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	23.23	24.23	24.26

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904435
โทรสาร : 02-5904427
หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : pimolphantang@gmail.com
 2. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425
โทรสาร : 02-5904427
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : noi_55@hotmail.com
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด , เขต , ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย											
คำนิยาม	เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (สมวัยครั้งที่ 2)											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ศูนย์อนามัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส ส่งกรมอนามัย 											
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านครบ 5 ด้าน											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ 5 ด้าน											
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน <u>ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง</u> ในเวลาที่กำหนด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+B)/C) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ไม่สะสม)											

เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ ร้อยละของเด็กไทยอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ดังนี้

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล
- คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปีวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)
- คู่มือมิสนมแม่
- คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
- คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	N/A	90.6	96.5
		ข้อมูลระบบ HDC ยังไม่สมบูรณ์	(DSPM สตป.คัดกรอง ในเด็กอายุ 9 18 30 42 เดือนและรวมติดตาม)	(DSPM สตป. คัดกรองใน เด็กอายุ 9 18 30 42 เดือนและรวมติดตาม)

หมายเหตุ : ข้อมูล ปี 58 เริ่มมีการใช้งานใน HDC เป็นข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กเฉพาะช่วงอายุ 42 เดือน และไม่ได้ติดตามพัฒนาการ

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p><u>ผู้กำกับตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : drwachira99@gmail.com</p> <p>2. นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904007 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : drthong@gmail.com</p> <p>3. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918166 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : ekachaipien@hotmail.com</p> <p>4. นางสาวสายพิณ โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918104 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : saipin.chotivichien@gmail.com</p> <p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นางพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904427 E-mail : pimolphan.t@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็ก แห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918104 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5910557 E-mail : teerboon@hotmail.com</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย 3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกิติมา พัวพัฒนกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904405 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : puapat@yahoo.com</p> <p>2. นางประภาพรณ จังพานิช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904433 โทรศัพท์มือถือ : 087-0771130 โทรสาร : 02-5904427 E-mail : paporn11@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SDของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความอยู่ในช่วง $+1.5$ SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี เต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี</p> <p>มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการ บูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>1) ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</p>

	<p>2) จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>3) มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้รายละเอียดในหนังสือแนวทางการดำเนินงาน ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)</p>																									
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน</td> <td>54</td> <td>57</td> <td>60</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- เด็กชาย (เซนติเมตร)</td> <td></td> <td>-</td> <td>-</td> <td>113</td> </tr> <tr> <td>- เด็กหญิง (เซนติเมตร)</td> <td></td> <td></td> <td>-</td> <td>112</td> </tr> </tbody> </table>		ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	54	57	60	63	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี					- เด็กชาย (เซนติเมตร)		-	-	113	- เด็กหญิง (เซนติเมตร)			-	112
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																						
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	54	57	60	63																						
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี																										
- เด็กชาย (เซนติเมตร)		-	-	113																						
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)			-	112																						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 2. เพื่อให้มีการดำเนินงานโภชนาการแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก 3. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC 4. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการสตรีและเด็ก 																									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี																									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2) การสำรวจทุก 3 ปี 																									
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก 																									
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน																									
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง																									
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง																									
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด																									
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด																									
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด																									
รายการข้อมูล 7	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด																									

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B2/ B1) \times 100$ 2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1 / B1) \times 100$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B2)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B3)$								
ระยะเวลาประเมินผล	นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2561 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 51</td> <td>ร้อยละ 52</td> <td>ร้อยละ 53</td> <td>ร้อยละ 54</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54						
ปี 2562 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 54</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 57</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57						
ปี 2563 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 57</td> <td>ร้อยละ 58</td> <td>ร้อยละ 59</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60						
ปี 2564 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 61</td> <td>ร้อยละ 62</td> <td>ร้อยละ 63</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63						
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย 								
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 								

	5. infographic โฆษณาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
	6. Motion graphic โฆษณาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	46.3*	ร้อยละ	-	46.3	47.4
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 111**	เซนติเมตร	-	-	-
	หญิง=109**	เซนติเมตร	-	-	-

*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

**รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557-2558

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นางณัฐวรรณ เชาว์นลิตกุล นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : nutwan65@gmail.com นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th นางสาวณัฐนิช อินทร์ขำ นักโภชนาการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : nattanit.i@anamai.mail.go.th สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100											
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80</td> <td>ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ปี 2560 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า ปี 2561 – 2563 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรม สุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นป.1 ทั่วประเทศ								
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)								
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2561 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60						
ปี 2562 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70						
ปี 2563 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80						
ปี 2564 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100						
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย								
เอกสารสนับสนุน :	- บทความพื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555								

	- รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	98.23
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 โทรสาร : 02-2488903 E-mail : ampornbenja@yahoo.com</p> <p>2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																																	
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																																	
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น																																	
ลักษณะ	เชิงปริมาณ																																	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต																																	
ชื่อตัวชี้วัด	6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน																																	
คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมีธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่เต็มอาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง $> + 2$ S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>																																	
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th></th> <th>61</th> <th>62</th> <th>63</th> <th>64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน</td> <td>66</td> <td>66</td> <td>66</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- เด็กชาย (เซนติเมตร)</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>154</td> </tr> <tr> <td>- เด็กหญิง (เซนติเมตร)</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>155</td> </tr> </tbody> </table>				ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ		61	62	63	64	1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	66	66	66	66	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี					- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	154	- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	155
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ																														
	61	62	63	64																														
1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	66	66	66	66																														
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี																																		
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	154																														
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	155																														

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข สุ่มสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน
รายการข้อมูล 9	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 10	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = $(A2/B1) \times 100$ 3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = $(A3/B1) \times 100$ 4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = $(A4/B1) \times 100$ 5. ความครอบคลุม = $(B1/B2) \times 100$ 6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = $(A5/B3)$ 7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = $(A6/B4)$
สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการโดยภาพรวม	
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีศ.60)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีศ.61) และ 5

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีศ.61)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีศ.62) และ 5

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีศ.62)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีศ.63) และ 5

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีศ.63)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีศ.64) และ 5

วิธีการประเมินผล :

- ชั้นตอนที่ 1** จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัดโดย PM จังหวัด
- ชั้นตอนที่ 2** จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ
- ชั้นตอนที่ 3** สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง
- 3.1 จังหวัดมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ และคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง
- 3.2 รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค. 60 ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายัง กยผ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. 2560
- 3.3 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายัง กยผ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 2560

	<p>ขั้นตอนที่ 4 จังหวัดมีการดำเนินการ ดังนี้</p> <p>4.1 การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)</p> <p>4.2 การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน</p> <p>4.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign</p> <p>1) รอบคอดำ 2) นั่งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัว</p> <p>จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (service plan) คลินิก DPAC ติดตามและรายงานผล</p> <p>4.4 รายงานตามระบบ</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 จังหวัดมีรายงาน ดังนี้</p> <p>5.1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน</p> <p>5.2 จำนวนนักจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) (ครูข.) และแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Leader)</p>
--	---

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC 2. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 3. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 4. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 5. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 6. หนังสือเมนูผักกึ๊กน้อย 4 ภาค
-------------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		ปีอื่นๆ	2557	2558	2559	2560
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	-	-	64	63.9	65.1
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	-	-	5.2	-	5
เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	ร้อยละ	17.0 (พ.ศ. 2556)	8.8	9.5	12.4	11.2
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	-	-	7.5	-	5.1
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี* วัดผลที่ปี 2564	เซนติเมตร	ชาย = 148.2 หญิง = 151.1	-	-	-	-

หมายเหตุ : *ข้อมูลส่วนสูงเฉลี่ย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สุขภาพเด็ก) โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-2

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป			
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (โรงเรียนเทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนและสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น อุดหนุนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิด หรือยอมรับผิด พร้อมทั้งจะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ โดยมีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงพร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า หมายถึง ค่าคะแนนที่บ่งบอกว่าเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป จากการประเมินด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 6-11 ปี (ฉบับย่อ)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย 2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (โรงเรียนเทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนและสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)			

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 70	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 70	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 70	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 70	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า	ร้อยละ	79.9 (13 จังหวัด)	-	77.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-2488900 ต่อ70902, 70305 โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 โทรสาร : 02-2488903 E-mail: ampornbenja@yahoo.com 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทรัพย์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	8. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)											
คำนิยาม	กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 54</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 58</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60									
วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในแฟ้ม Service และ Dental ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข หรือ ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.02)											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน											
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีในพื้นที่รับผิดชอบ											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+B)/C \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											
เกณฑ์การประเมิน :	เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้ง											
ปี 2561 :	A : Caries free จากปี 2560 เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 1 สำหรับจังหวัดที่ไม่ถึงเป้าหมาย ส่วนจังหวัดที่มี Caries free ร้อยละ 51 ขึ้นไปต้อง ไม่ลดลง											
ปี 2561-2564 :	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม (รอบ 3, 6 และ 9 เดือน) ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (รอบ 12 เดือน)											
ปี 2561 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)</td> <td>รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)</td> <td>รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)</td> <td>รอบ 12 เดือน (Cavity free)</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>54</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)	15	30	45	54
รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)									
15	30	45	54									

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)
15	30	45	56

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)
15	30	45	58

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)
15	30	45	60

วิธีการประเมินผล :

สำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ)

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2561 ดังนี้

5 เดือนแรก (ตุลาคม 2560 –กุมภาพันธ์ 2561) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ

ร้อยละ เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับบริการทันตกรรม

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
10	15	20	25	30

5 เดือนหลัง (มีนาคม 2561 –กรกฎาคม 2561) ผลงาน

ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
52	53	54	55	56

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2560
2. มาตรฐานการทำงาน (Quality standard) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2559
3. เอกสารชุดกิจกรรมลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ด้านทันตสุขภาพ
4. หนังสือสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ.2555
5. คู่มือประเมินเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี
6. คู่มือสร้างความเข้มแข็งโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี
7. เอกสารเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ชวนกันแปรงฟัน
8. คู่มือ แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ANC คุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด.คุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
	กลุ่มอายุ 12 ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	50.6	50.5	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ทันตแพทย์หญิงกัญญา บุญธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904204 โทรศัพท์มือถือ : 081-8028978 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : kanya.b@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางอมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904215 โทรศัพท์มือถือ : 081-7012350 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : ammablue@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางสาวณัฐมนันท์ ศรีทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904217 โทรศัพท์มือถือ : 087-4977907 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : dentdata@gmail.com</p> <p>2. นางสาวถิรวรรณ รานวล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904213 โทรศัพท์มือถือ : 087-9692995 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : namkajeab2012@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	9. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี			
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	40	38	36	34
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับกองยุทธศาสตร์และแผนงานเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล/ทุก 1 ปี (ไตรมาส 4 : ติดตามผลทุกไตรมาส)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	40	40	40	40
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	38	38	38	38

ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
36		36		36		36	
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
34		34		34		34	
วิธีการประเมินผล :		เป็นการวัด Impact ประชากรกลางปีของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ย้อนหลัง ปีละ 1 ครั้ง					
เอกสารสนับสนุน :		ฐานข้อมูลประชากรกลางปีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
				2557	2558	2559	
		อัตราการคลอดมีชีพ ในหญิง 15-19 ปี	อัตราต่อ จำนวน ประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	47.9	44.8	42.5	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรสาร : 02-5904163		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276 E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com			
		2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com			
		สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย					
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน		1 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com			

	2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167 โทรสาร : 02-5904163 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 Email : poppysunko.j@gmail.com
--	--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																			
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน																			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ																			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ																			
ชื่อตัวชี้วัด	10. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ																			
คำนิยาม	วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม.																			
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปี 2561</td> <td>ปี 2562</td> <td>ปี 2563</td> <td>ปี 2564</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 57</td> <td>ร้อยละ 58</td> </tr> </table>				ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58								
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564																	
ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58																	
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงาน อายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน																			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม																			
แหล่งข้อมูล	- หน่วยงานภาครัฐและเอกชน - หมู่บ้าน/ชุมชน																			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน มีดัชนีมวลกายปกติ																			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ข้อมูลในระบบ HDC)																			
เกณฑ์การประเมิน	<p>ปี 2561:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 55</td> </tr> </table> <p>ปี 2562:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 56</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 55	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 56
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
			ร้อยละ 55																	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
			ร้อยละ 56																	

2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			ร้อยละ 57		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			ร้อยละ 58		
วิธีการประเมินผล :	การตรวจราชการแต่ละจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDCกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคอ้วนลงพุง 2. พิกัดอ้วน พิกัดพุง 3. ดูแลหุ่นสวย ด้วยตนเอง 4. ชัยกับกิน 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 54.08	ร้อยละ	54.75 (ปกก 7.8 ลค.)	53.82 (ปกก 13.5 ลค.)	54.08 (ปกก 10 ลค 9 กย.59) 51.44 (ปกก 10 ลค 8 ตค.59)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางกุลพร สุขุมลตระกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339 2. นางวสุนธรี เสรีสุชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339 3. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339 		นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kunpunk11@gmail.com นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wasunthree.s@anamai.mail.go.th นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591 E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th สำนักโภชนาการ กรมอนามัย		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงาน กรมอนามัย (ผ่านระบบ KISS)				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591 E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th
---	--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	11. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล <p>หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม. <p>มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล : (P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)</p>

	<p>P : ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ใน ส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ พชอ. และกลไกชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ</p> <p>I : - ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) - จัดพิมพ์คู่มือการอบรมหลักสูตร CG - พัฒนาหลักสูตร CM - พัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว - สร้าง พัฒนานวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - จัดทำชุดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในรูปแบบ Application - การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผ่าน Application สูงวัยสมองดี - จัดทำชุดความรู้การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในสถานที่สาธารณะของกลุ่ม ผู้สูงอายุ เช่น ศาลาพักผ่อน (วัด/มัสยิด) ในรูปแบบ media/Infographic - จัดทำเครื่องมือประเมินการจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบ Application <p>R : - ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตาม ชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงและขับเคลื่อนนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน - ควบคุม กำกับ และติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน <p>A : - ชี้นำด้านข้อมูลและงานวิจัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคม แห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ <p>B : - พัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) /ระบบดูแล ผู้สูงอายุ 3 S (Thai Active Aging: Strong Social and Security)/ สร้าง พัฒนา ทีมนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อบรม Care manager, Caregiver และ อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ Health Literacy เพื่อเป็นสังคม Health Literated Society
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับความดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมเป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์</p> <p>2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จังหวัดรายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต</p> <p>2. ศูนย์อนามัยที่ 1-13 รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p>			
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. ศูนย์อนามัยที่ 1-13 และ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ</p>			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95

วิธีการประเมินผล :

1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ
2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส
3. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care
2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ
3. คู่มือแนวทางการประเมิน ADL
4. คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5. คู่มือและ Application การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม “สูงวัย สมองดี”

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2557	2558	2559	2560
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	27.0 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	100 (หมายเหตุ เฉพาะตำบลนำร่อง โครงการ LTC 1,067 ตำบล)	100 (หมายเหตุ เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ 4,497 ตำบล)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์วชิระ เห่งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail : drwachira99@gmail.com
2. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904503 โทรศัพท์มือถือ : 091-8904608
โทรสาร : 02-5904500 E-mail : ekachaipien@hotmail.com

	<p>3. นางวิมล บ้านพวน โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904509 โทรสาร : 02-5904500</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพทมือถือ : 097-2419729 E-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5904504 โทรสาร :</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพทมือถือ : 081-4543563 E-mail:orawanee.a@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ลักษณะ	เชิงคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	12. ร้อยละของ Healthy Ageing
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้สูงอายุ หมายความว่า ตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ● Healthy Ageing หมายถึง การเป็น ผู้สูงอายุที่ปราศจากโรค และรวมถึงการมีความสามารถในการใช้ร่างกาย สรีรวิทยา จิตใจ และสังคม ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น ให้ทำงานได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ในที่นี้หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดำรงชีวิตตามปกติ สามารถสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนและสังคม (ที่มา: WHO, ACTIVE AGEING: A POLICY FRAMEWORK, 2002) และสามารถประเมิน Healthy Ageing ด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้ (Indicators for healthy ageing – a debate, Int.J.Environ. Res. Public Health 2013.) <ol style="list-style-type: none"> 1. A comprehensive assessment of resources 2. Diseases and complaints 3. Cognitive and functional capacities 4. Limitations and disability <p>โดยสามารถอธิบายแต่ละองค์ประกอบของ Healthy ageing ได้ดังนี้:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A comprehensive assessment of resources หมายความว่า การมีสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้จากการคัดกรอง/ประเมิน (ดำเนินการตามแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายुरายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน ด้วยแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557) ในประเด็น <ol style="list-style-type: none"> 1.1 คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง สุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา 1.2 คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการ ปัญหาคารนอน 1.3 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) การประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

	<p>2. Cognitive and functional capacities หมายถึง สมรรถภาพสมองและการทำงานของร่างกาย</p> <p>3. Diseases and complaints หมายถึง โรคและความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วเกิดผลกระทบในวงกว้าง และเป็นภาระ (Burden)</p> <p>4. Limitations and disability หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of daily living: ADL)</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย : ดำเนินการตามข้อ 1 – 5 ตามเกณฑ์ และองค์ประกอบต่อไปนี้

ข้อ	องค์ประกอบ	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ดำเนินการครบทุกประเด็น และยอดคัดกรองสะสม)	มีฐานข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	มีฐานข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	มีฐานข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	มีฐานข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุม 100 (สะสม)
2	อัตราของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 61	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 62	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 63
3	อัตราของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 61	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 62	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 63
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63
5	มีการดำเนินจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ (ระดับจังหวัด)	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ - รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย 25 %	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย 50 %	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ --รพ.ช อย่างน้อย 75 %

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ เพื่อมีข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ติดตามได้ แม่นยำ ถูกต้องตามหลักวิชาการ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ</p> <p>3. เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวัง คือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) ของประเทศในอนาคต</p>
---------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	มีช่องทางการดำเนินการ หลากหลาย ดังนี้ 1. บันทึกข้อมูลในระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data 2. ระบบการคีย์ผลรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม ในรหัส special pp (สนย.) 3. ระบบรายงาน Health data center report (ข้อมูลสรุปจาก 43 แฟ้ม) 4. การจัดเก็บด้วยระบบ Manual (เก็บเป็นข้อมูลดิบ) 5. อื่นๆ ตามศักยภาพและความจำเป็นของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการ								
แหล่งข้อมูล	จากการดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล 1-5 โดย 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. รพท. ศ/ รพช. 3. รพ.สต.								
รายการข้อมูล 1	A = ระดับความสำเร็จ/การดำเนินการตามเกณฑ์								
รายการข้อมูล 2	-								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน : ดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย ข้อ 1 – 5 (ครบทุกข้อ)									
ปี 2561:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2562:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2563:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2564:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
วิธีการประเมินผล :	<ul style="list-style-type: none"> - เขต/ สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย เพื่อแปลงสู่การปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างเหมาะสม - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบข้อมูลสรุปรวม (Summary data) ผ่านช่องทางระบบฐานข้อมูลของกระทรวงฯ ได้แก่ ระบบ 43 แฟ้ม, Health data center report ฯ 								

	<p>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถตรวจสอบข้อมูลการคัดกรองและติดตามการดำเนินการได้ในภาพรวม (รายอำเภอ รายตำบล รายสถานพยาบาล) และหน่วยงานบริการ (รพศ/ท. รพ.ช และ รพ.สต.) ติดตามสถานะสุขภาพผู้สูงอายุรายคนได้โดยละเอียด ด้วยระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data ซึ่ง “ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data เป็นซอฟต์แวร์ที่ช่วยประมวล/แปลผลค่าคะแนนดิบ/การตอบข้อคำถามของผู้สูงอายุ จากการดำเนินการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ”</p> <p><u>โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาขึ้น โดยมีสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์</u></p> <p>(ข้อเท็จจริง: ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data ไม่ใช่ระบบที่ใช้สำหรับส่งรายงานภาพรวม ไม่ใช่โปรแกรมช่วยในการทำวิจัย ไม่ได้เป็นการให้พื้นที่บันทึกข้อมูลเพื่อตอบโจทย์ตัวชี้วัดหน่วยงานใดๆของกรม หรือมิได้เจตนาที่มุ่งแสวงหาประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพประชาชนใดๆทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้อง กรุณาสื่อสารวัตถุประสงค์โปรแกรมแก่บุคลากรในพื้นที่ให้ถูกต้องตามข้อเท็จจริงเพื่อประโยชน์ในการทำงานภาพรวมของบุคลากร ตลอดจนประโยชน์ของประชาชนเป็นหลักสำคัญ)</p>										
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข แบบฟอร์ม (One Page) Basic Geriatric Screening: BGS และ Geriatric Screening: GA) ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ 										
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ที่มา: ผลการตรวจราชการ พ.ศ. 2559)</p> <table border="1" data-bbox="485 1451 1482 1796"> <thead> <tr> <th>รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รวมทั้งประเทศ</td> <td>80.12</td> <td>6.55</td> <td>40.22</td> <td>26.87</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ด้วยการประเมิน MMSE) ร้อยละ 8.1</p> <p>3. อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม ร้อยละ 16.9</p>	รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes	รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87
รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes							
รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87							

	<p>4. ร้อยละ 88.6 ของผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรฯ)</p> <p>5. มีการนำร่องดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ใน 28 แห่ง ของ 12 เขตสุขภาพ</p> <p>(ที่มา 2-3 : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557)</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-0248487 โทรศัพท์มือถือ : 086-7760768 โทรสาร : Email : drprapun@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวปิยนุช ชัยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906255 โทรศัพท์มือถือ : 087-0904560 โทรสาร : Email : piyanut.igm@hotmail.com</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ											
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	กระทรวง											
ชื่อตัวชี้วัด	13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ - มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ทุกอำเภอ - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ 50											
คำนิยาม	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป</p> <p>คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80									

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น	มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลัง ร้อยละ 50

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

	<p>3. นางเอี่ยมพร จันทรทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรสาร : 02-5901239</p> <p>4. นายทองดี มุ่งดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901504 โทรสาร : 02 590 1501</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-1316800 E-mail : auam2702@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 094-2490555 E-mail : mungdee@health.moph.go.th</p>
--	---	--

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	14. ร้อยละของจังหวัดที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง											
คำนิยาม	<p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากร ให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้ออกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงาน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว 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 แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100									
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดทุกจังหวัด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด											
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด											

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$													
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2, 3 และ 4													
เกณฑ์การประเมิน :														
ปี 2561 - 2564 :														
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5										
ปี 2561 :				ร้อยละ 85										
ปี 2562 :				ร้อยละ 90										
ปี 2563 :				ร้อยละ 95										
ปี 2564 :				ร้อยละ 100										
วิธีการประเมินผล :	<p>ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85) ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้ ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)</p> <p>ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85) ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90) ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95) ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)</p> <table border="1"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>				ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90										

ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตาม โครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรม หลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร	- หลักฐานรายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะ ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการ ฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุม โรค) อย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน
2	จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วน การกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	- รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการ ระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ
3	จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรค และภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อ ผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์ อย่างน้อยจังหวัดละ 3 คน และ ภาวะ ฉุกเฉินจังหวัดละ 5 คน)	- รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะปกติ ประจำเดือน/ปีงบประมาณ 2561 - รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะ ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2561 โดย ชื่อไม่ซ้ำกับ SAT ภาวะปกติ - สามารถจัดทำ Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์ - สามารถจัดทำ Spot Report ได้ ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด - ผู้มีรายชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้ สถานการณ์อย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านการฝึกอบรมแนวทางการ ปฏิบัติงาน
4	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของ โรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	- มีรายงานการวิเคราะห์ระดับ ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัย สุขภาพระดับจังหวัด ตาม template ที่กรมควบคุมโรค กำหนด

	5	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง												
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="815 875 932 987">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" data-bbox="932 875 1498 931">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <td data-bbox="815 931 932 987"></td> <th data-bbox="932 931 1123 987">2558</th> <th data-bbox="1123 931 1294 987">2559</th> <th data-bbox="1294 931 1498 987">2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="815 987 932 1323">ร้อยละ 85 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง</td> <td data-bbox="932 987 1123 1323">-</td> <td data-bbox="1123 987 1294 1323">-</td> <td data-bbox="1294 987 1498 1323">80</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				2558	2559	2560	ร้อยละ 85 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	-	-	80
หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
	2558	2559	2560												
ร้อยละ 85 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	-	-	80												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901776 โทรสาร : 02-5901784 ผู้อำนวยการสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค นางวัชรี้ แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นางสาวบวรวรรณ ดิเรกโภาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 														

	4. น.ส.ธัญชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางวัชรี แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 2. น.ส.บวรวรรณ ดิเรกโกลด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 3. น.ส.ธัญชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wacharr@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999 E-mail : borworn67@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	15. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก											
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ(SW)ทั้งหญิงและชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <p>2. บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลัก ได้รับการป้องกันโดย โดยกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้รับการ ทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <p>1) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจากการใช้ยา : Harm reduction (สำหรับPWID)</p> <p>2) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น(สำหรับ MSM ,SW)และอุปกรณ์ฉีดยาที่ปลอดเชื้อ (สำหรับPWID)</p> <p>3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี ,STIและการรักษาด้วยสารทดแทน/เมธาโดน (สำหรับPWID)</p> <p>4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดยมีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC(Unique Identifier Code) <u>ทั้งนี้มีรูปแบบการจัด/ให้บริการ ดังนี้</u></p> <p>ก. การให้บริการป้องกันเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่</p> <p>(1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media) (4) มารับบริการเอง หรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ</p> <p>ข. กรณีที่เข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นจะไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ1) ข้อ3) และข้อ 4) เท่านั้น</p> <p>ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและ ภาคประชาสังคม</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 87</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 92</td> <td>ร้อยละ 94</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 87	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 87	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94									
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด ว่าสามารถทำให้กลุ่มประชากรหลัก ได้รับการป้องกันเอชไอวี และ STI เชิงรุกได้ครอบคลุมมากขึ้นเพียงใด											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) -สาวประเภทสอง (TG) -กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ซึ่งมีทั้งพนักงานบริการหญิง (FSW) และชาย (MSW) -กลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูล เข้าสู่ระบบ RIHIS –RTCM online																
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> -ข้อมูลการได้รับบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM จากสำนักโรคเอดส์ -ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากสำนักระบาดวิทยา / สำนักโรคเอดส์ (ศบ.จอ.) กรมควบคุมโรค 																
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในจังหวัด</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในจังหวัด หมายถึง ผลรวมจำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกของทุกกลุ่มประชากรหลักรวมกัน (จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/MSM +สาวประเภทสอง /TG + กลุ่มพนักงานบริการ/SW ทั้งหญิงและชาย + กลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด /PWID)</p>																
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก* ที่คาดประมาณในพื้นที่</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก ให้รวมจำนวนคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักทุกกลุ่ม</p>																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1" data-bbox="188 1503 1398 1688"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 87</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1" data-bbox="188 1749 1398 1935"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 87	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน														
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 87														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน														
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 90														

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 92

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 94

วิธีการประเมินผล :

ประเมิน จากผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการฯ ว่าบรรลุตามเป้าหมายตามเกณฑ์ เป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละปีหรือไม่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตามผลการดำเนินงานใน ภาพรวมของจังหวัด โดยให้แต่ละจังหวัด รายงานผลการดำเนินงานจำนวนกลุ่มประชากร หลักที่ได้เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จำแนกรายกลุ่มประชากรด้วย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2561 ดังนี้

ผลงานรายปี	ได้ 1	ได้ 2	ได้ 3	ได้ 4	ได้ 5
ปี 2561	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
ร้อยละ	57	67	77	87	>87

เอกสารสนับสนุน

- ข้อมูล จำนวนกลุ่มประชากรหลัก ที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM จำแนกรายกลุ่มประชากร
- ข้อมูล การคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก จำแนกรายกลุ่มประชากร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

หน่วยวัด	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละ		NA	41	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

- นพ. สมาน พุตระกูล
โทรศัพท์ที่ทำงาน :
โทรสาร :
ผู้อำนวยการ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail :
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- นพ. ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :
โทรสาร :
ผู้ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail :
กรมควบคุมโรค

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903828 โทรสาร : 02-9659153	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 E-mail : itimpornt@yahoo.com สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
---	--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	16. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี											
คำนิยาม	<p>การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระ/ปัสสาวะในประชาชน 15 ปีขึ้นไป โดยต้องผ่านการคัดกรองด้วยวาจาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษาและติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย 2) จัดการเรียนรู้การสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ สร้างพฤติกรรมกินปลาน้ำจืดสุกด้วยความร้อน สร้างนวัตกรรมอาหารปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ ภาระบวการจัดการความรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อม 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลงของชุมชน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการสนับสนุน 4) มีการสื่อสารสาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินงาน <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนตำบลเป้าหมาย (613 ตำบล)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง 29 จังหวัด 2) เพื่อสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้มีประสิทธิภาพในพื้นที่เสี่ยง 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 283,265 ราย ในพื้นที่ 29 จังหวัดเสี่ยงสูง 613 ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 8 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ											

	มุกดาหาร สกลนคร กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง แพร่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย และ สระแก้ว (เขตพื้นที่สุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ (Isan-cohort)				
แหล่งข้อมูล	1. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใช้ข้อมูลจากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ สคร. 1, 6, 7, 8, 9, 10 2. โปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ (Isan-cohort)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย (613 ตำบล)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามผลไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 5 (ของ 613 ตำบล = 31 ตำบล)	ร้อยละ 30 (ของ 613 ตำบล = 184 ตำบล)	ร้อยละ 55 (ของ 613 ตำบล = 338 ตำบล)	ร้อยละ 80 (ของ 613 ตำบล = 491 ตำบล)	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80	
วิธีการประเมินผล :	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
	≥ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	≤ร้อยละ 90
เอกสารสนับสนุน :					

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	17. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี			
คำนิยาม	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้น ที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	≤ 4.5	≤ 4.0	≤ 3.5	≤ 3.0
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของ กระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. สถานบริการบันทึกข้อมูลการตายในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของ กระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≤ 135 คน	≤ 270 คน	≤ 405 คน	≤ 540 คน
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≤ 120 คน	≤ 240 คน	≤ 360 คน	≤ 480 คน

ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 105 คน		≤ 210 คน		≤ 315 คน			
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 420 คน		≤ 180 คน		≤ 270 คน			
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 90 คน		≤ 180 คน		≤ 270 คน			
รอบ 12 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
≤ 360 คน		≤ 180 คน		≤ 270 คน			
วิธีการประเมินผล :		ส่วนกลาง ให้คะแนนโดยดูจากอัตราตายจากการจมน้ำในปี พ.ศ. 2561 ดังนี้					
		คะแนน	1	2	3	4	5
		อัตรา	>5.1 - 5.3	>4.9 - 5.1	>4.7 - 4.9	>4.5 - 4.7	≤4.5
เอกสารสนับสนุน :		<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานการณ์การป้องกันเด็กจมน้ำ 2. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน 3. สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเด็กจมน้ำ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ (www.thaincd.com) 					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.			
				2558	2559	2560	
		5.9	อัตราต่อประชากรเด็กแสนคน	6.1	5.9	รอข้อมูล	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสุชาดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail : jew_suchada@hotmail.com 2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519 โทรสาร : E-mail : som_atat@yahoo.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสุชาดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail: jew_suchada@hotmail.com 					

	<p>2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519</p> <p>โทรสาร : E-mail: som_atat@yahoo.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
--	--

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	18. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน											
คำนิยาม	<p>อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจากรถทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงช็อกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ</p> <p>ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือนหรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราการตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดการณ์ว่าเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราการตายไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เนื่องจากข้อมูล 3 ฐานยังไม่นิ่ง จึงขอปรับมาใช้ข้อมูลจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยขอตั้งเป้าหมาย 5 ปี ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="300 1570 1289 1742"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											

แหล่งข้อมูล	จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมจากข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบ (verify) กับหนังสือรับรองการตาย ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V01-V89) หมายเหตุ : ปี 2561 เดือนตุลาคม 60 – กันยายน 61		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ (อัตราต่อประชากรแสนคน)		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561 : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	จำนวนไม่เกิน 2,735 คน	จำนวนไม่เกิน 5,696 คน	จำนวนไม่เกิน 8,459 คน
			ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร
การติดตามการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44)			
	ตัวชี้วัด	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน
	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 4 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 14.5 ต่อแสนประชากร
			ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร
ปี 2562 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
			ไม่เกิน 14 ต่อ แสนประชากร
ปี 2563 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
			ไม่เกิน 12 ต่อ แสนประชากร
ปี 2564 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
			ไม่เกิน 11 ต่อ แสนประชากร
วิธีการประเมินผล :	คำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูลเฉลี่ยปี 2553-2555		

	โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2561 ดังนี้				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	17	16.75	16.5	16.25	16
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	21.86	จำนวน	11,567 ราย	12,388 ราย	6,637 ราย
	ค่ามัธยฐาน	(อัตราต่อ	(17.81)	(18.97)	(10.10)
	3 ปี (ปี53-55)	ประชากรแสนคน)			(รอบ 6 เดือน)
	ที่มา : ข้อมูลฐานมรณบัตรที่ยังไม่ผ่านการ verify กับหนังสือรับรองการตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com 2. นายแพทย์ไมท สิงห์คำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7990825 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : zalenxxx@gmail.com 3. นายปณณั จันทร์พานิชย์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 084-6724678 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : khajohn_j@hotmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com 2. นางสาวชลธิชา คำสอ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-9243915 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : c.kamsor@gmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ		
ลักษณะ	เชิงปริมาณ		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัด	19. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง		
คำนิยาม	<p>1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>1. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>2. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน)</p> <p>1. กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต 120-139/80-89 mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>2. ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์* และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>3. การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม.หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน** หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว ภายใน 6 เดือน</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
	2561	ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 10

	2562	ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20
	2563	ไม่เกินร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30
	2564	ไม่เกินร้อยละ 2.16	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 2. เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ		

รายการข้อมูล 4	D = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	อัตราประชากร Pre-DM ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 30	อัตราประชากร Pre-DM ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 80	อัตราประชากร Pre-DM ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 90	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40
HT	มีการเตรียมความพร้อมและแผนงานในการดำเนินงานสำหรับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 3	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 5	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.28
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ใน พื้นที่รับผิดชอบได้รับ การวัดความดันโลหิต ที่บ้าน \geq ร้อยละ 30

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.16
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ใน พื้นที่รับผิดชอบได้รับ การวัดความดันโลหิต ที่บ้าน \geq ร้อยละ 40

หมายเหตุ : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

1. งดสูบบุหรี่ และดมควันบุหรี่ อย่างน้อย 6 เดือน

2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม² ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปี ด้วยวิธีการออก

กำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)

3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 6 เดือน

** วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ

วิธีการประเมินผล : ติดตามจากระบบรายงานใน HDC

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน	อัตรา	2.09	2.40	2.07 รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)
	อัตราผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงและสงสัย ป่วยความดันโลหิตสูง (อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ใน พื้นที่รับผิดชอบได้รับ การวัดความดันโลหิต ที่บ้าน)	อัตรา			
ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ดิเรก ข้าแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973 2. แพทย์หญิงสุนีย์ วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค		ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445, 089-5155911 E-mail : dr.tum@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงสุนีย์ วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 2. นางเมตตา คำพิบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964		หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : mettakum@gmail.com		

	<p>3. นายกันทพล ทับหูน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963</p> <p>โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : kanthabhon@gmail.com</p>
--	--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	20. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย											
คำนิยาม	<p>1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้</p> <p>2. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผักและผลไม้สดต้องพบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณไม่เกินกว่าเกณฑ์กำหนด</p> <p>3. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว ได้แก่ นมโรงเรียน</p> <p>4. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง นมโรงเรียนต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 75	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 75	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70									
หมายเหตุ :	เกณฑ์เป้าหมายร้อยละในแต่ละปี จะมีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์อาหารในการวัด											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในประเทศ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการตามรายละเอียดเอกสาร KPI template ประเด็นย่อยที่ 1-2 โดยรายงานผลการดำเนินงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามช่องทางที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด											
แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : เขตบริการสุขภาพ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด											
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนของนมโรงเรียนที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนของนมโรงเรียนที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+C)/(B+D)) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (โดยติดตามผลการดำเนินงาน ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4)											

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> มีการแต่งตั้งคณะทำงาน CIPO Food Safety มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่าน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด

	กลไก คณะอนุกรรมการ คຸ້ມครองผู้บริโภคนด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต		<ul style="list-style-type: none"> วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 	
--	--	--	--	--

ปี 2562

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> มีการแต่งตั้งคณะทำงาน CIPO Food Safety มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคຸ້ມครองผู้บริโภคนด้าน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคຸ້ມครองผู้บริโภคนด้าน 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคຸ້ມครองผู้บริโภคนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการ

	หน่วยงานในเขต บริการสุขภาพ ผ่าน กลไก คณะอนุกรรมการ คุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต	ผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับ เขต	ผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับ เขต • วางแผนการ ดำเนินงานด้านอาหาร ปลอดภัยระดับจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ดำเนินงานให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในจังหวัด
--	---	-----------------------------	--	--

ปี 2563

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> มีการแต่งตั้ง คณะทำงาน CIPO Food Safety มีแผนการดำเนินการ ในภาพรวมของ ประเทศ ดำเนินการตาม แผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผน การดำเนินงานไม่น้อย กว่าร้อยละ 65 ของ แผน ติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานใน ภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผน การดำเนินงานไม่น้อย กว่าร้อยละ 100 ของ แผน ติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานใน ภาพรวมของประเทศ วางแผนการ ดำเนินงานด้านอาหาร ปลอดภัยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานใน ภาพรวมของประเทศ สรุปผลการ ดำเนินงานใน ภาพรวมของประเทศ ประสานและจัดส่ง ข้อมูลการดำเนินงาน ให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง แผนการดำเนินงาน ด้านอาหารปลอดภัย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงาน อาหารปลอดภัย ระดับจังหวัด ดำเนินการตาม แผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และ รายงานผลการ ดำเนินงานตาม ช่องทางที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตาม แผนการดำเนินงานไม่ น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงาน ผลการดำเนินงานตาม ช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของ หน่วยงานในเขตบริการ สุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตาม แผนการดำเนินงาน ร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการ ดำเนินงานตามช่องทาง ที่กำหนด รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของ หน่วยงานในเขตบริการ สุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการ 	<ul style="list-style-type: none"> รายงาน ความก้าวหน้าการ ดำเนินงานของ หน่วยงานในเขต บริการสุขภาพผ่าน กลไกคณะ อนุกรรมการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต

	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<p>คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p>	<p>คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 	<ul style="list-style-type: none"> ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
--	--	---	--	--

ปี 2564

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> มีการแต่งตั้งคณะทำงาน CIPO Food Safety มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน

	<p>ดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต 	<p>สุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p>	<p>สุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด 																												
วิธีการประเมินผล :	การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ																															
เอกสารสนับสนุน :	เอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 1-2																															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 50%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยนับ</th> <th colspan="3" style="width: 40%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">2558</th> <th style="width: 10%;">2559</th> <th style="width: 10%;">2560*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. อาหารสด</td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">1.1 ผักผลไม้สด</td> <td>ร้อยละ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. อาหารแปรรูป</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">2.4 นมโรงเรียน</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">92.26</td> <td style="text-align: center;">91.11</td> <td style="text-align: center;">86.13</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ: * ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2560</p>				Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560*	1. อาหารสด		-	-	-	1.1 ผักผลไม้สด	ร้อยละ				2. อาหารแปรรูป					2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.26	91.11	86.13
Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																														
		2558	2559	2560*																												
1. อาหารสด		-	-	-																												
1.1 ผักผลไม้สด	ร้อยละ																															
2. อาหารแปรรูป																																
2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.26	91.11	86.13																												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> นายชาติชาย ตั้งทรงสุวรรณ (ประเด็นการดำเนินการทางกฎหมาย) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907216 โทรศัพท์มือถือ : 081-1746236 โทรสาร : 02-5918462 E-mail : chaitang@fda.moph.go.th นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ (ประเด็นผักและผลไม้สด) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907406 โทรศัพท์มือถือ : 084-1192288 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : lawdreamt@gmail.com นางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ (ประเด็นนมโรงเรียน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907218 โทรศัพท์มือถือ : 081-0557988 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : fda.schoolmilk@gmail.com <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>																															

	<p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. นางสาววรวลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-9255350 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันทร์ นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. น.ส. วรวลัญช์ พูลสวัสดิ์ นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-9255350 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัด	21. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับอนุญาต และที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>การตรวจสอบ หมายถึง</p> <p>การสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้นตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ถูกฉ้อฉล หรือวิเคราะห์ซ้ำ</p> <p>หมายเหตุ : การรายงานผลการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แยกผลการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการและผลการทดสอบเบื้องต้นโดยชุดทดสอบเบื้องต้นให้ชัดเจนตามรูปแบบที่กำหนด</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	96	97	98	99
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทั่วประเทศ จำแนกเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดำเนินการโดยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำเข้าในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานทุกไตรมาส			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด			

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบโดยชุดทดสอบเบื้องต้นที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลจากชุดทดสอบเบื้องต้นทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+C)/(B+D)) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปี 2561 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
1 มีแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้ง ส่วนกลาง (อย.) และส่วนภูมิภาค (จังหวัด)	1. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 6 เดือน	1. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 9 เดือน	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
1.. มีแผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 2. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงจัดทำข้อเสนอในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน :	-		

	<p>6. นายวราวุธ เสริมสินสิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรสาร : 02-5907341 สำนักยา</p> <p>7. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรสาร : 02-5918460 สำนักอาหาร</p>	<p>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7961437 E-mail : varavoot@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 E-mail : planning.food@gmail.com</p>	
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>		
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p><u>ส่วนภูมิภาค</u></p> <p>1.นายอาทิตย์ พันเดช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907383 โทรสาร : 02-5918484 กองส่งเสริมงานคุ้มครองฯ (คบ) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา <u>ส่วนกลาง</u></p> <p>1. น.ส. จิตธาดา เซ่งเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรสาร : 02-5918457 กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ</p>		<p>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-7956951 E-mail : artypun@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด											
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพ 2 กลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งมี 2 ประเภทได้แก่ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลเอกชน) ทั่วประเทศ ▪ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด ▪ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด <p>หมายเหตุ ในการพิจารณาออกใบอนุญาต ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จะต้องปรากฏว่า ผู้ขอรับใบอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงออกตามความใน พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 61</th> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 62</th> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 63</th> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</td> <td>กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</td> <td>กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</td> <td>กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100									

	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์ฯ ร้อยละ 65	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์ฯ ร้อยละ 70	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์ฯ ร้อยละ 75	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์ฯ ร้อยละ 80	
	เกณฑ์เป้าหมาย รวมเฉลี่ย ร้อยละ 82.5	เกณฑ์เป้าหมาย รวมเฉลี่ย ร้อยละ 85	เกณฑ์เป้าหมาย รวมเฉลี่ย ร้อยละ 87.5	เกณฑ์เป้าหมาย รวมเฉลี่ย ร้อยละ 90	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน				
แหล่งข้อมูล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนอนุมัติใบอนุญาต (รายใหม่ + รายเก่า)				
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (รายใหม่ + รายเก่า)				
รายการข้อมูล 3	B1 = จำนวนสถานพยาบาลที่ขออนุญาตใหม่ + ขอกการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (รายเก่า)				
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการและจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (รายใหม่ + รายเก่า)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A1/B1) \times 100 + (A2/B2) \times 100}{2}$ หมายเหตุ ร้อยละของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(A1/B1) \times 100$ ร้อยละของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(A2/B2) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 25	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 50	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 75	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 100	

กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 30	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 40	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 50	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 65
เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 27.5	เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 45	เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 62.5	เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 82.5

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 100
			กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 70
			เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 85

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 100
			กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 75

				เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 87.5	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 100	
				กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 80	
				เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 90	
วิธีการประเมินผล :	<p>กลุ่ม 1 จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและ/หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด โดย สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>กลุ่ม 2 จัดทำรายงานสรุปจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด โดย กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	สถานพยาบาล	ร้อยละ	100	100	100
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ	-	-	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p><u>กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล</u></p> <p>1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410 โทรสาร : 02-1495631 ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ E-mail : akom_p@hotmail.com</p> <p>2. นางพรพิศ กาลนาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415 โทรสาร : 02-1495631 E-mail : kanlanan@hotmail.com</p> <p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p><u>กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>1. นางอภิญญา พรหมณา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรสาร : E-mail : aewapinya@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวนฤมล ตริเพชรศรีอุไร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093 โทรสาร : E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com</p> <p>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. ว่าที่ร้อยตรีหญิงศิริพร ประนมพนธ์ E-mail : กลุ่มแผนงาน</p> <p>2. นายธานี มูลประดับ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 โทรสาร : E-mail : fkpi@hss.mail.go.th กลุ่มแผนงาน</p> <p>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p><u>กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล</u></p> <p>1. นางวรียา สินธุเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18406 โทรสาร : 02-1495631 E-mail : vareeya10@gmail.com โทรศัพท์มือถือ : 081-7319763</p> <p>2. นางสาวประนอมณัฐา วิไลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18407 โทรสาร : 02-1495631 E-mail: mew5555@hotmail.com โทรศัพท์มือถือ : 081-7319764</p> <p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p>

กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

1. นางอภิญญา พรหมณา

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093

โทรศัพท์มือถือ : 081-7763037

โทรสาร :

E-mail : aewapinya@hotmail.com

2. นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937093

โทรศัพท์มือถือ :

โทรสาร :

E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. ว่าที่ร้อยตรีหญิงศิริพร ประนมพนธ์

โทรศัพท์ที่ทำงาน :

โทรศัพท์มือถือ :

โทรสาร :

E-mail :

2. นายธานี มูลประดับ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604

โทรศัพท์มือถือ :

โทรสาร :

E-mail : fkpi@hss.mail.go.th

กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		
ลักษณะ	เชิงปริมาณ		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัด	23. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital		
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้		
	ระดับพื้นฐาน		
	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		
	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		
	ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN		
	G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	
		3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอย อื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	
	R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	
	E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตาม มาตรการ ที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	
	E: ENVIRONMEN T	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ	
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ		
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน		

	9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
ระดับดี	
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
	12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก	
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
- ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	- ร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์ แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 20 ของเดือน

	3. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และส่งรายงานรายเดือน ให้กรมอนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) ผ่านระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติการ (DOC) กรมอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A1+A2+A3)}{B} \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป $\frac{(A2+A3)}{B} \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป $\frac{A3}{B} \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก			
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละ 1 ครั้ง			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 90	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation)	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 75	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 40

โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital			
----------------------------------	--	--	--

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯระดับดีมาก ร้อยละ 60 2. โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 70	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ					
ประเภท สถาน พยาบาล	จำนวน (แห่ง)	การจัดการ มูลฝอย ติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การ ดำเนิน กิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนิน กิจกรรม GREEN และ การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ
		รพศ.		รพท.		รพศ.	
		28	100	17	60.7	17	60.7
		88	97.7	49	55.7	48	54.6

	รพช.	780	720	92.3	288	36.9	275	35.3
	รวม	896	834	93.1	354	39.5	340	37.9
	<p>หมายเหตุ : 1. ข้อมูลโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN Hospital “โครงการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม”</p> <p>2. ข้อมูลไม่รวมการดำเนินงานของโรงพยาบาลกรมสังกัดวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข</p>							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ							
	1. นางปรียานุช บุรณะภักดี		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ					
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261		โทรศัพท์มือถือ :					
	โทรสาร : 02-5904255		E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th					
	2. นายประโชติ กราบกราน		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ					
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128		โทรศัพท์มือถือ :					
	โทรสาร : 02-5904128		E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th					
	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด							
	1. นางสาวมณฑิณี ตรีวิชัย		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253		โทรศัพท์มือถือ :					
	โทรสาร : 02-5904255		E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th					
	2. นางพรสุดา ศิริ		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317		โทรศัพท์มือถือ :					
	โทรสาร : 02-5904316		E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th					
	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย							
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางณิรนุช อาภาจรัส		หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์					
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316		โทรศัพท์มือถือ : -					
	โทรสาร : 02-5904316		E-mail : a.neeranuch@gmail.com					
	2. นางพรสุดา ศิริ		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317		โทรศัพท์มือถือ :					
	โทรสาร : 02-5904316		E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th					

	<p>3. นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th</p>
--	--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม											
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	24. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน											
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง จังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) 3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย 4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) 5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) 6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน</td> <td>ร้อยละ 80 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 100 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 70 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 100 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 100 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 70 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 100 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 100 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 70 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำข้อมูลและส่งให้ศูนย์อนามัย 2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง 3. หน่วยงานส่วนกลางรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ 4. การรายงานผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวง 											
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด											

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืนผ่านเกณฑ์ในแต่ละระดับ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 40 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดย คอ. และ สคร.)	ร้อยละ 70 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดีมาก</u> (ประเมินโดย คอ. และ สคร.)		
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินตนเองของจังหวัด 2. ศูนย์อนามัยและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ประเมินจังหวัด 3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ 				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 3. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุข 4. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 5. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) เพื่อรองรับระบบข้อมูลระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนแนวทางการจัดทำข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 7. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน 8. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่ 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	ร้อยละ	-	-	51.32 (39 จังหวัด)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ประเด็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูล</p> <p>1. นางสาวอำพร บุตรรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904359 โทรศัพท์มือถือ : 081-8311430 โทรสาร : 02-5904356 E-mail : amporn.b@anamai.mail.go.th</p> <p>กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย</p> <p>ประเด็นการสนับสนุนการดำเนินงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)</p> <p>1. นางสาวชญานิ ศรีวรรณ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : chayanee.s@anamai.mail.go.th</p> <p>ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย</p> <p>ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>1. นางสาวปานิสรา ศรีดีโรมนต์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : 091-8814733 โทรสาร : 02-5904200 E-mail : panisa.s@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p> <p>ประเด็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)</p> <p>1. นางปรียานุช บุรณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p> <p>ประเด็นการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</p> <p>1. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904177 โทรศัพท์มือถือ : 080-4346888 โทรสาร : 02-5904186,88 E-mail : chailert.k@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</p> <p>ประเด็นการสนับสนุนและพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</p> <p>1. นางสุทธิดา อุทะพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904393 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : env_med@googlegroups.com</p> <p>สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กรมอนามัย (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข)</p>

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวพาสนา ชมกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรสาร : 02-5904202 กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th
---	--	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	เขต และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	25. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)											
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลสุขภาพประชาชน ประมาณ 10,000 คน \pm 20%</p> <p>ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน รวมทีมให้บริการ 3 ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คนเภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2561 อาจเริ่มต้นที่ 50%)</p> <p>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 10 ปี</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม</td> <td>ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 100 (3,250 ทีม)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม	ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)	ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)	ร้อยละ 100 (3,250 ทีม)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม	ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)	ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)	ร้อยละ 100 (3,250 ทีม)									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน				
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม 1,170 ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2561 จำนวน = 574 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2560 จำนวน 596 ทีม)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี 2564 = 3,250 ทีม)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	724 ทีม (สะสม)	788 ทีม (สะสม)	1,044 ทีม (สะสม)	1,170 ทีม (สะสม) 36 %	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				57 %	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				78 %	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100 %	
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	-	-	-	ตั้งเป้าไว้ 48ทีม และทำได้ตาม เป้าแล้วคิดเป็น 1.48 %	เปิด ดำเนินการได้ 596 ทีม คิด เป็น 18.34%

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)							
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)							
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง							
ลักษณะ	เชิงปริมาณ							
ระดับการแสดงผล	เขต							
ชื่อตัวชี้วัด	26. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้							
คำนิยาม	<p>ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 และ 3</p> <p>หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี 2559 ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี 2560 อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ</p> <p>ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 และ 3</p>							
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เบาหวาน</th> <th>ความดันโลหิตสูง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561 - 2564</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ 40%</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ 50%</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	2561 - 2564	มากกว่าหรือเท่ากับ 40%	มากกว่าหรือเท่ากับ 50%
ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง						
2561 - 2564	มากกว่าหรือเท่ากับ 40%	มากกว่าหรือเท่ากับ 50%						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1 และ 3) 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1 และ 3) 							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม							
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข							
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้							
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ							

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	1. (A/B) x 100				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	2. (C/D) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 – 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
เบาหวาน	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ 40%	
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ 50%	
วิธีการประเมินผล :	1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2557 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 3. แนวทางการรักษาการรักษารโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558 4. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	25.24	28.82	20.21 รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	22.82	27.00	32.45 รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)	
หมายเหตุ : ข้อมูล จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข					

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>2. แพทย์หญิงจรัสพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>3. แพทย์หญิงสุนี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : dr.tum@hotmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408 E-mail : jurekong@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. แพทย์หญิงสุนี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)											
คำนิยาม	<p>ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10 - I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 82.5%</td> <td>≥ 85%</td> <td>≥ 87.5%</td> <td>≥ 90%</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	≥ 82.5%	≥ 85%	≥ 87.5%	≥ 90%
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
≥ 82.5%	≥ 85%	≥ 87.5%	≥ 90%									
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียน Type area 1 และ 3 หมายถึง <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี Type area 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอาศัยอยู่จริง 1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี Type area 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ 											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	≥ 82.5%
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	≥ 85%
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	≥ 87.5%
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	≥ 90%
วิธีการประเมินผล :	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขเทียบกับค่าเป้าหมาย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2561 ดังนี้			
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
	72.5	75	77.5	80
				5 คะแนน
				82.5
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยDM/HT โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Thai CV Risk Score) คู่มือการจัดการบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
				2560
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	-	77.89
				78.58
				(ข้อมูล ณ วันที่ 19 กันยายน 2559 จากการติดตามผลการดำเนินงานของ สคร 1-12)
				รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>2. แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>3. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรสาร : 02-5903985</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445, 089-5155911 E-mail : dr.tum@hotmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408 E-mail : jurekong@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรสาร : 02-5903985</p> <p>2. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974 โทรสาร : 02-5903972</p> <p>3. นางนิตยา พันธเวทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979 โทรสาร : 02-5903972</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 E-mail : ncdplan@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 E-mail : ncd0424.3@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	28. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงการตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12			
แหล่งข้อมูล	รายงาน ตก.2			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ 7

ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		-		-	
				น้อยกว่าร้อยละ 7	
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		-		-	
				น้อยกว่าร้อยละ 7	
วิธีการประเมินผล :		รายงาน ตก.2			
เอกสารสนับสนุน :		สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
		8.3	ร้อยละอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2557	2558
				17.1	9.9
					2559
				8.3	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 2408 โทรสาร : 02-3547072			โทรศัพท์มือถือ : 081-8434502 E-mail: suchathanc@yahoo.com
		2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-3547072			นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-1149480 E-mail : j.bunthong@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			สถาบันประสาทวิทยา
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-3547072			นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-1149480 E-mail : j.bunthong@gmail.com
		สถาบันประสาทวิทยา			

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล				
ลักษณะ	เชิงปริมาณ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)				
คำนิยาม	<p>1. การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU1 และ RDU2</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย - RDU 2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย <p>ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">RDU 1</th> <th style="width: 50%;">RDU 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>Process</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td> </tr> </tbody> </table>	RDU 1	RDU 2	<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>Process</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
RDU 1	RDU 2				
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>Process</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค 				

■ RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU 1	RDU 2
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU 1	RDU 2
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

2. การประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ ดังนี้

กิจกรรม
<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (5)

	<p>เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เกสซ์กร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่รพ. ตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ</p> <p>2 โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Colistin และกลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid</p> <p>3 โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>4 โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง และ (2) รายการเชื้อก่อโรคและความไวของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของตนยังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค</p> <p>5 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง และส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>6 โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 2 80%	RDU ชั้นที่ 2 80%	RDU ชั้นที่ 3 80%
	RDU ชั้นที่ 2 20%		RDU ชั้นที่ 3 20%	

	ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาล มี ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณา การ																				
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายระดับอำเภอ AMR : โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน																				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน																				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ 2																				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด																				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ดำเนินกิจกรรม AMR ตามที่กำหนด																				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU : $(A/B) \times 100$ AMR: $(C/D) \times 100$																				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561 : <table border="1" data-bbox="188 1332 1406 1736"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RDU ชั้นที่ 1 60%</td> <td>RDU ชั้นที่ 1 70%</td> <td>RDU ชั้นที่ 1 80%</td> <td>RDU ชั้นที่ 1 80%</td> </tr> <tr> <td>RDU ชั้นที่ 2 5%</td> <td>RDU ชั้นที่ 2 10%</td> <td>RDU ชั้นที่ 2 15%</td> <td>RDU ชั้นที่ 2 20%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาล มีระบบการ จัดการ AMR อย่าง บูรณาการ</td> <td>ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาล มีระบบการ จัดการ AMR อย่าง บูรณาการ</td> </tr> </tbody> </table>						รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	RDU ชั้นที่ 1 60%	RDU ชั้นที่ 1 70%	RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 2 5%	RDU ชั้นที่ 2 10%	RDU ชั้นที่ 2 15%	RDU ชั้นที่ 2 20%			ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาล มีระบบการ จัดการ AMR อย่าง บูรณาการ	ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาล มีระบบการ จัดการ AMR อย่าง บูรณาการ
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																		
RDU ชั้นที่ 1 60%	RDU ชั้นที่ 1 70%	RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 1 80%																		
RDU ชั้นที่ 2 5%	RDU ชั้นที่ 2 10%	RDU ชั้นที่ 2 15%	RDU ชั้นที่ 2 20%																		
		ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาล มีระบบการ จัดการ AMR อย่าง บูรณาการ	ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาล มีระบบการ จัดการ AMR อย่าง บูรณาการ																		
ปี 2562 : <table border="1" data-bbox="188 1792 1406 1966"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>RDU ชั้นที่ 2 80%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				RDU ชั้นที่ 2 80%								
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																		
			RDU ชั้นที่ 2 80%																		

ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				RDU ชั้นที่ 2 80%	
				RDU ชั้นที่ 3 20%	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				RDU ชั้นที่ 3 80%	
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ข้อมูลไตรมาส 3/2560	ร้อยละ	-	-	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ญญ.ไพร่า บุญฤๅษณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : praecu@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และกิจกรรมข้อที่ 1-3 ของตัวชี้วัด AMR)</p> <p>2. นางวารภรณ์ เทียนทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรสาร : 02-5903443 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com สถาบันบำราศนราดูร (กิจกรรมข้อที่ 4 ของตัวชี้วัด AMR)</p> <p>3. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรสาร : 02-5910343 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (กิจกรรมข้อที่ 5 ของตัวชี้วัด AMR)</p> <p>4. นพ.ฐิติพงษ์ ยิ่งยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901795 โทรสาร : 02-5901784 โทรศัพท์มือถือ : 089-0540301 E-mail : thity_24@gmail.com สำนักระบาด กรมควบคุมโรค (กิจกรรมข้อที่ 6 ของตัวชี้วัด AMR)</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัด	30. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง			
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2560			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10

ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอน 1 - 3		ขั้นตอน 1 - 5		ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอน 1 - 3		ขั้นตอน 1 - 5		ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
วิธีการประเมินผล :		<p>ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p>ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p>ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต</p>				
เอกสารสนับสนุน :		-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
				-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		<p>1. นพ.สุพจน์ จิระราชวโร รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : 063-2358956 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : supodjira@yahoo.com</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : refermoph@hotmail.com</p> <p>4. นายพิทยา สร้อยสำโร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : refermoph@hotmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="472 304 943 461"> 1.นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : 02-5901631 </td> <td data-bbox="943 304 1490 461"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 461 943 640"> 2. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 </td> <td data-bbox="943 461 1490 640"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : refermoph@hotmail.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 640 943 797"> 3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 </td> <td data-bbox="943 640 1490 797"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com </td> </tr> </table> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		1.นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com	2. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : refermoph@hotmail.com	3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com
1.นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com							
2. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail : refermoph@hotmail.com							
3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com							

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	31. อัตราตายทารกแรกเกิด			
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอด รอดออกมา มีชีวิตจนถึง 28 วันในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	< 3.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.0 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 2.8 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 2.5 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ในระดับจังหวัดและระดับเขต (ตจ.1, 2) ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	3.6	-	3.4

ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	3.2	-	3.0		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	3.0	-	2.8		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	2.6	-	2.5		
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล 				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	7	อัตราตายทารกแรกเกิดต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต	2558	2559	2560
			5	3.94	3.52
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน serviceplan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com 2. นพ.ภัทรวินต์ อັตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com 				
	กรมการแพทย์				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	32. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
คำนิยาม	<p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น</p> <p>กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke 3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต 4. Pulmonary and Heart Disease 5. Multiple Trauma Patient 6. Infectious Disease HIV/AIDS 7. Pediatric 8. Aging /Dementia <p>โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 4. Terminal Delirium 5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin $<$ 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง 6. Persistent Hypercalcemia 7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

	<p>8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่</p> <p>9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง</p> <p>10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(1) และ 4.2 (1) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(1) และ 5.2(1) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(2) และ 4.2(2) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(2) และ 5.2(2) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(3) และ 4.2(3) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(3) และ 5.2(3) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(4) และ 4.2(4) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(4) และ 5.2(4) </td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(1) และ 4.2 (1) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(1) และ 5.2(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(2) และ 4.2(2) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(2) และ 5.2(2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(3) และ 4.2(3) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(3) และ 5.2(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(4) และ 4.2(4) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(4) และ 5.2(4)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(1) และ 4.2 (1) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(1) และ 5.2(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(2) และ 4.2(2) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(2) และ 5.2(2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(3) และ 4.2(3) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(3) และ 5.2(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(4) และ 4.2(4) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(4) และ 5.2(4) 						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม 3. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ								
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4								

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (1) และ 4.2 (1)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (1) และ 5.2 (1)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (2) และ 4.2 (2)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (2) และ 5.2 (2)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (3) และ 4.2 (3)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (3) และ 5.2 (3)

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (4) และ 4.2 (4)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (4) และ 5.2 (4)

วิธีการประเมินผล :

ชั้นตอนที่ 1

1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
- มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care

- มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของ
โรงพยาบาล

1.2โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งใน
กลุ่มงานการพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
รับผิดชอบเต็มเวลา

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการ
อบรมหลักสูตร Palliative Care

**1.3กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq
ร้อยละ 50**

**1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการ
ดูแลต่อเนืองที่บ้าน**

1.5โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 30
ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบ
การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด
การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่
ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย
หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุล
ร่างกาย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อ
ต่อไปนี้

2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S

มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วม
ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
(ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ
Advance Care Planning (ACP)

(1) ปี 2561 \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S

มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ

โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3

มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือ การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M 1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3

- สำหรับปี 2560 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

- มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง และมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่าง น้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล

- สำหรับปี 2561- 2564มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรใน ท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดำเนินการ ต่อไปนี้

4.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง

- (1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใน โรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล)
- (2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้ง จังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด)
- (3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้ง เขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ)
- (4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ

4.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ

- (1) ปี 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 เป็นอย่างน้อย
- (2) ปี 2562 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม- คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด

	<p>(3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ</p> <p>(4) ปี 2564 มีการจัดทำระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี</p> <p style="text-align: center;">5.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</p> <p>มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)</p> <p>(1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>(2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>(3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>(4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>หมายเหตุ (1) - (4) คัดจากจำนวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2.2 (ตัวหาร)</p> <p style="text-align: center;">5.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</p> <p>มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking)</p> <p>(1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล</p> <p>(2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด</p> <p>(3) ปี 2563 มี (1) - (2) และ งานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ</p> <p>(4) ปี 2564 มี (1) - (3) และ มีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพหรือ ในกระทรวงสาธารณสุข หรือกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ 2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ 3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 (https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf) 4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2554

	5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access April 2014)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
			NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อากาศ พัฒนเรืองไล		ที่ปรึกษากรมการแพทย์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918245		โทรศัพท์มือถือ : 081-9105216		
	โทรสาร : 02-5918244		E-mail : apattanaruenglai@gmail.com		
2. นางอำไพพร อังวัฒนา		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906282		โทรศัพท์มือถือ : 081-6685008			
โทรสาร : 02-5918264-5		E-mail : ampaiporn.y@gmail.com			
3. นางสาวศิวาพร สัมรวม		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906146		โทรศัพท์มือถือ : 089-6093836			
โทรสาร : 02-5918244		E-mail : keaksiwa@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357		โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334		
	โทรสาร : 02-9659851		E-mail : pattarawin@gmail.com		
2. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906329		โทรศัพท์มือถือ : 081-3554866			
โทรสาร : 02-9659851		E-mail : klangpol@yahoo.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. คณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง ของเขตบริการสุขภาพ				
	2. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357		โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334		
โทรสาร : 02-9659851		E-mail : pattarawin@gmail.com			
3. นายปวิช อภิบาลกุล		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906047		โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499			
โทรสาร : 02-5918279		E-mail : eva634752@gmail.com			
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์					

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	33. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝึกสมาธิบำบัด - ฝังเข็ม - การกดจุดบำบัด - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย <p>4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 20 - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10 - รพช. อย่างน้อย ร้อยละ 20 - รพ.สต. อย่างน้อย ร้อยละ 30	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21	ร้อยละ 21.5
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2. การรายงานจากจังหวัด			
แหล่งข้อมูล	1. 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) 2. ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. ทบทวนรูปแบบการบริการ (Service Package) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกระดับตาม Service Plan 2. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ	1. พัฒนาโรงพยาบาลเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ 1.1 รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย 2 แห่ง (A-M1) 1.2 รพช. จังหวัดละอย่างน้อย 2 แห่ง (M2-F3)	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่	ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 แบ่งเป็น - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10

<p>3. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข</p>	<p>2. พัฒนา รพ.สต. สู่มาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอำเภอละอย่างน้อย 2 แห่ง</p>	<p>-คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-F3)</p> <p>- คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน(A-F3)</p> <p>- คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-M1)</p> <p>- บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต.</p>	<p>- รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20</p> <p>- รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30</p>
---	---	--	---

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 20.5

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 21

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 21.5

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือการพัฒนาาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	17.51	17.15	19.64 (ณ 11 ส.ค. 60)

ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

ปี พ.ศ.	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ
2553	5.78
2554	11.92
2555	11.24
2556	14.05
2557	16.59
2558	17.51
2559	17.15
2560	19.64

ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647 สถาบันการแพทย์แผนไทย	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th
	2. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495636 โทรสาร : 02-1495636 สำนักการแพทย์ทางเลือก	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-8723270 E-mail : tewantha@gmail.com
	3. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรสาร : 02-1495677 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com
	4. นายสมศักดิ์ กริชชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653 โทรสาร : 02-1495653 สำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ	ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683 E-mail : augus_organ@hotmail.com

	<p>5. นางศรีจรรยา โชติก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p> <p>2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>3. นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394 E-mail : ckttmman414@hotmail.co.th</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์</p> <p>4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	34. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต											
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ร้อยละ 55</td> <td>≥ร้อยละ 60</td> <td>≥ร้อยละ 65</td> <td>≥ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 70									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงที มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการปี (ใส่ปีที่ต้องการวัด) จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข แล้วทำการรวมข้อมูลเข้ากับข้อมูลของปีงบประมาณ 2552- ปีก่อนปีที่ต้องการวัด (เช่น ต้องการวัดผลการเข้าถึงบริการปี 2560											

ต้องนำข้อมูลปี 2560 รวมกับข้อมูลของปี 2552-2559) โดยประมวลผลเป็นรายหน่วยบริการ จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ www.thaidepression.com

ข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ 1) วันที่เข้ารับบริการ 2) คำนำหน้า 3) ชื่อ 4) นามสกุล 5) เพศ 6) เลขที่บัตรประชาชน 7) วันเดือนปีเกิด 8) อำเภอ 9) จังหวัด 10) รหัสโรคซึมเศร้า 11) คะแนน 9Q 12) คะแนน 8Q ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีอยู่ในฐานข้อมูล 50 แฟ้มแล้ว)

ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดำเนินการได้ดังนี้

1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทีมงานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน
2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail : depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์
3. บันทึกทางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมซึมเศร้า www.thaidepression.com สำหรับหน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทาง Online

ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า จนกว่าหน่วยบริการในพื้นที่ที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2

คำอธิบายสูตร:

- **ตัวตั้ง** คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด) ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต
- **ตัวหาร** คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% (แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรประจำปี...(จะใช้ประชากรประจำปีย้อนหลังไป 1-2 ปี เนื่องจากปีที่จะวัดยังไม่มีรายงาน เช่น ในปีงบประมาณ 2560 จะฐานประชากรประจำปี 2558) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

แหล่งข้อมูล

สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน									
ปี 2561 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 55</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	≥ ร้อยละ 55
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	≥ ร้อยละ 55						
ปี 2562 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	≥ ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	≥ ร้อยละ 60						
ปี 2563 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 65</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	≥ ร้อยละ 65
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	≥ ร้อยละ 65						
ปี 2564 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	≥ ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	≥ ร้อยละ 70						
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม โดยการรับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 - ปีที่ต้องการจะวัดในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ www.thaidepression.com								
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราการเข้าถึง บริการของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า เทียบกับคาด ประมาณจาก ความชุกที่ได้จาก การสำรวจ	ร้อยละ	36.76	44.14	48.50
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885 โทรสาร : 045-352598 E-mail : pat-ukn@yahoo.com</p> <p>2. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 โทรสาร : 045-352598 E-mail : virgojinny12@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 โทรสาร : 045-352598 E-mail : virgojinny12@gmail.com</p> <p>ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	35. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน

วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มบุคคล สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว
แหล่งข้อมูล	- รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน)

ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน)
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน)
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน)
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.08	6.47
				อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ลักษณะ	เชิงคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	36. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และมีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2561 และ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้</p> <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับ</p>

	<p>ยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< ร้อยละ 30</td> <td>< ร้อยละ 28</td> <td>< ร้อยละ 26/50</td> <td>< ร้อยละ 24/48</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	< ร้อยละ 30	< ร้อยละ 28	< ร้อยละ 26/50	< ร้อยละ 24/48
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
< ร้อยละ 30	< ร้อยละ 28	< ร้อยละ 26/50	< ร้อยละ 24/48						
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ								
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) หรือจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <ol style="list-style-type: none"> มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้ 									

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48

วิธีการประเมินผล :

1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ

	<p>2. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="480 282 1476 618"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ40</td> <td>สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ20</td> <td>ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายปี</td> <td>ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ10</td> <td>ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ20</td> </tr> </tbody> </table>						คะแนน	1	2	3	4	5		สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ20
คะแนน	1	2	3	4	5													
	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ20													
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
				2558	2559	2560												
		อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	35.40	34.79	32.03												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.พจน์ อินทลาภาพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลราชวิถี นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-6125891 E-mail : drpojin@yahoo.com</p> <p>2. นพ.กิตติชัย มูลวิริยกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-4217606 E-mail : kittii04@yahoo.com</p> <p>3. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลพิษณุโลก อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-5968535 E-mail : mr.sepsis@yahoo.com</p> <p>4. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลลำปาง อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036 E-mail : crisis27@gmail.com</p>																	

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="477 286 938 510"> 1. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 </td> <td data-bbox="946 286 1473 510"> รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="477 515 938 770"> 2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-5918279 กรมการแพทย์ </td> <td data-bbox="946 515 1473 770"> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com </td> </tr> </table>	1. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-5918279 กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com
1. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com				
2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-5918279 กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) 37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Capture the fracture โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษานเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture เป็นต้น</p> <p>การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน</p> <p>กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femoral neck fracture S72.000-019 2. Intertroch S72.100-101, S72.110-111 3. Subtroch S72.20, 21 <p>กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้ง ส่วนต้น กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compression spine S22, S32 2. Distal radius S52 3. Ankle M80

	<p>4. Distal femur S72</p> <p>5. Plateau S82</p> <p>6. Proximal humerus S42</p> <p>ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. THA 81.51 2. Partial hip replacement 81.52 3. Fixation 79.15, 79.35 4. open reduction femur 79.25 5. Close reduction 79.05 6. Fixation 78.55 <p>เพื่อลดอัตราการตกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Capture the fracture ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)</p> <p>สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิชาญแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</p> <p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน(Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Capture the fracture</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
<p>1. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต)</p> <p>1.1 Refracture < ร้อยละ 30</p> <p>1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>	<p>1. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป</p> <p>1.1 Refracture < ร้อยละ 28</p> <p>1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>	<p>1. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป</p> <p>1.1 Refracture < ร้อยละ 25</p> <p>1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>	<p>1. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป</p> <p>1.1 Refracture < ร้อยละ 20</p> <p>1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อลดอัตราการตาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จากโรคกระดูกพรุน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักแบบ Early surgery ภายใน 72 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ และการตายของประชากรกลุ่มนี้ของประเทศในอนาคต</p> <p>2. เพื่อสร้างทีม Capture the fracture ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุนเพื่อลดอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำ ทั้งนี้เพื่อให้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาที่รวดเร็วขึ้น (Early surgery) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดียิ่งขึ้น 2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคกระดูกพรุนอย่างเป็นระบบ (Treatment of osteoporosis) 3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment) 4. ผู้ป่วยได้ฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับภาวะโรค (Exercise programme) 5. ผู้ป่วยและญาติได้รับสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (Education programme) <p>และเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับใหม่</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด</p> <p>2. โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป)</p>		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC กระทรวง</p>		

	2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล/เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพ/โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังจากกระดูกสะโพกหัก (refracture)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Early surgery
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture = $(A/B) \times 100$ 37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) = $(C/D) \times 100$ 37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) = $(E/F) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. Refracture < ร้อยละ 30 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 30 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด(รวม 13 เขต)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. Refracture < ร้อยละ 28 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 28 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป

				3. ร้อยละ 20 ของ โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป
ปี2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
		1. Refracture < ร้อยละ 25 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 25 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. ร้อยละ 30 ของ โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป
ปี2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
		1. Refracture < ร้อยละ 20 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 20 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป
วิธีการประเมินผล :		วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ เพื่อปรับมาตรการและกลยุทธ์		
เอกสารสนับสนุน :		คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Capture the fracture		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
		NA	ร้อยละ	2557 2558 2559
		NA	ร้อยละ	NA NA NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.สมศักดิ์ ธีเชวงวงศ์ หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออร์โธปิดิกส์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539844 โทรศัพท์มือถือ : 089-1128899 โทรสาร : 02-3539845 E-mail : somsakortho@gmail.com โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		1. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาร รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com สำนักนิติเวชระบบการแพทย์กรมการแพทย์ 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบบ HDC)		

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.สมศักดิ์ ลีเซววงศ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539844</p> <p>โทรสาร : 02-3539845</p> <p>โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357</p> <p>โทรสาร : 02-9659851</p> <p>สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347</p> <p>โทรสาร : 02-591-8279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>	<p>หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-1128899</p> <p>E-mail : somsakortho@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</p> <p>E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499</p> <p>E-mail : eva634752@gmail.com</p>
---	--	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัด	38. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้											
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>รพ.ในระดับ F2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 –90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2–5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ</p> <p>Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น</p> <p>กลวิธีดำเนินงาน</p> <p>ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ รพ.ในตั้งแต่ระดับ F2 ทุกแห่ง ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ มียาใช้ได้ตลอดเวลา และไม่เก็บไว้จนยาหมดอายุ</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100									
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จากทุกเขตบริการ											
แหล่งข้อมูล	จากทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = รพ.ระดับ F2 ในเขตที่และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ในเขตบริการนั้น											
รายการข้อมูล 2	B = รพ. ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4											

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	100	-	100

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	100	-	100

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	100	-	100

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	100	-	100

วิธีการประเมินผล :

1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน
 2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลชุมชน
 3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) แก่ผู้ป่วยได้จริง และมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI (ในปีพ.ศ. 2561 ≥ ร้อยละ 50 , พ.ศ. 2562≥ ร้อยละ 60 พ.ศ. 2563≥ ร้อยละ 70, พ.ศ. 2564 ≥ ร้อยละ 80)
 4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน
- หมายเหตุ : ต้องมีข้อ 1-3 ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป

เอกสารสนับสนุน :

รายงานจากทุกเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
90.23	ร้อยละ	75.93	100	94.75

ที่มาข้อมูล : สำนักบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์

หมายเหตุ : ประเมินผลปี 2559 โดยเฉพาะมีแนวทางและมียาจะให้ สำหรับในปี 2560 ต้องมีข้อ 1-3 แต่ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมายของการให้ยาไว้

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	39. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี 2560 – 2564) คือ ลดอัตราตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (จากฐานข้อมูลปี พ.ศ. 2560 : 28 ต่อแสนประชากร)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	27	26	25	24
	ต่อแสนประชากร	ต่อแสนประชากร	ต่อแสนประชากร	ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือเฉลี่ย ชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสน ประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสน ประชากร			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียน ราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์แผนงาน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	-	-	-	27

ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	26		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	25		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	24		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ กองยุทธศาสตร์และแผนงานจากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	20.20	ต่อประชากรแสนคน	28.6	20.41	11.6 (4 เม.ย. 60)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.เกรียงไกร เสงรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรสาร : 02-5919972 E-mail : k_hm2000@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	40. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ (C220-C229) มะเร็งปอด (C340-C349) มะเร็งเต้านม (C500-C509) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C180-C209) และมะเร็งปากมดลูก (C530-C539)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 1.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด <p>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นโยบายวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 1.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด <p>หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 85
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 85
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 85

วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
---------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
-----------------------------	--

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษาได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์</u> (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นโยบายโรคนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 <u>วันผ่าตัด</u> (Operation_date) เพื่อการรักษา 3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย <p>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</p> 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง
-----------------------------	--

แหล่งข้อมูล	1 จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล)
--------------------	--

	2 หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง				
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A_{(S)} / B_{(S)}) + (A_{(C)} / B_{(C)}) + (A_{(R)} / B_{(R)})) / 3 \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		80		-	
รอบ 12 เดือน		-		80	
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		82		-	
รอบ 12 เดือน		-		82	
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		82		-	
รอบ 12 เดือน		-		82	
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		85		-	
รอบ 12 เดือน		-		85	
วิธีการประเมินผล :	สำรวจและนิเทศติดตาม				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	75.66	78.83	78.99

		เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	74.65	81.17	81.89
		รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	68.54	60.40	74.55
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วีรฤติ อิมสำราญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรสาร : 02-3547036 กรมการแพทย์	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123 E-mail : armohmy@yahoo.com	2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	41. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2558 (25.2ต่อประชากรแสนคน)			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	24.6	24.3	24	23.7
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับของประชากรไทย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ตรวจสอบสาเหตุการเสียชีวิตให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยมะเร็งตับรายใหม่ เพื่อแยกสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระจายไปตับ)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	24.6
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	24.3
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	24

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	23.7	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ สนย. จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	25.2 (2558)	ต่อประชากรแสนคน	2558	2559	2560
			25.2	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อັตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.อาคม ชัยวิระวัฒน์ รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555 โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823 โทรสาร : 02-3547037 E-mail : arkom70@hotmail.com สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อັตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อັตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	42. อัตราตายจากมะเร็งปอด			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2558 (20.1 ต่อประชากรแสนคน)			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	19.8	19.6	19.3	19
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดของประชากรไทย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	19.8
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	19.6
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	19.3

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	19	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน จากข้อมูลเบื้องต้นตามทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	20.1 (2558)	ต่อประชากรแสนคน	20.1	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.อาคม ชัยวิระวัฒน์ รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555 โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823 โทรสาร : 02-3547037 E-mail : arkom70@hotmail.com สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	43. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr			
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 66	ร้อยละ 67	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายมาตรการรวมกัน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น <ol style="list-style-type: none"> N183-184 หรือ N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time			
แหล่งข้อมูล	HDC			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) \times 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)			

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66		
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	ร้อยละ 68	ร้อยละ 68	ร้อยละ 68		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	ร้อยละ 69	ร้อยละ 69	ร้อยละ 69		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด				
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	(ระบบเก็บข้อมูลเริ่มปี 2558)	ร้อยละ	2557	2558	2559
			63.8	64.8	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลหาดใหญ่		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 E-mail : kcharoen007@hotmail.com		

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายไพบูลย์ ไวกย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : HDC กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.สกานต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลราชวิถี</p>	<p>นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	44. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน			
คำนิยาม	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแยกว่า 20/400			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจกโดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทีมจักษุที่ทำการผ่าตัดต้อกระจกบันทึกลงในโปรแกรม Vision2020 thailand ทุกราย และนำมาคำนวณเป็นร้อยละ			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020thailand			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		ร้อยละ 80		ร้อยละ 80

ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		
วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	Vision2020thailand				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผู้ป่วยต่อ กระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับ การผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	NA	NA	80.5
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-225818 ต่อ 7172 โทรศัพท์มือถือ : 061-4261532 โทรสาร : 034-225421 E-mail : warroph@gmail.com โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โปรแกรม Vision2020				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	45. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล											
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อนำไปปลูกถ่าย จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.4 : 100</td> <td>0.5 : 100</td> <td>0.6 : 100</td> <td>0.7 : 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	0.4 : 100	0.5 : 100	0.6 : 100	0.7 : 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
0.4 : 100	0.5 : 100	0.6 : 100	0.7 : 100									
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จของการขอรับบริจาคอวัยวะ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในช่วงปีงบประมาณ 2561 มาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2560											
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2560 											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4											

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
0.1 : 100	0.2 : 100	0.3 : 100	0.4 : 100		
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
0.125 : 100	0.25 : 100	0.375 : 100	0.5 : 100		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
0.15 : 100	0.3 : 100	0.45 : 100	0.6 : 100		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
0.175 : 100	0.35 : 100	0.525 : 100	0.7 : 100		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลรายไตรมาส และ สรุปผลการประเมิน ณ สิ้นปีงบประมาณ				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ระบบเก็บข้อมูลเริ่มปี 2558	ร้อยละ	2557	2558	2559
			0.21	0.22	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สกานต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวราภรณ์ อ่าช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 E-mail : Primary05@hotmail.com กองบริหารการสาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สกานต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	หน่วยงาน และกระทรวง			
ชื่อตัวชี้วัด	46. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)			
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 72	ร้อยละ 74	ร้อยละ 76
วัตถุประสงค์	ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน หลังการจำหน่ายจากการบำบัดรักษา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (บสต.ติดตาม)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่าย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	70	70	-	70
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	72	72	-	72

ปี 2563:

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

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
76	76	-	76

วิธีการประเมินผล :

สถานบริการ (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการบำบัดรักษา) จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย ยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ผ่าน เครือข่าย internet ประเมินผลโดย กลุ่มเทคนิคบริการ กองบริหารการสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบข้อมูล

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
66	68	70	72	74

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา 3 เดือน	ร้อยละ	70.65	69.57	63.69
ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา 6 เดือน	ร้อยละ	78.95	70.18	49.52
ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา 12 เดือน	ร้อยละ	72.93	70.96	40.68

ณ วันที่
11/08/2560

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	47. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน**) ● เนื่องจากคำนิยามของการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้ความจำกัดความได้คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อนกับระบบบริการเดิมที่มีอยู่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการ บทเรียนจากต่างประเทศ และ best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเติมช่องว่างที่ขาดและความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว ● กลุ่มเป้าหมายในระยะเริ่มต้นพัฒนา จึงเริ่มต้นจากกลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) ภาวะบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ทั้งบริบทด้านการบริหารจัดการและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถบรรเทาได้ด้วยแผนการดูแลและกิจกรรมในการดูแลระยะกลาง <p>* ตามมาตรฐานและหลักวิชาการทางการแพทย์หรือความเห็นของแพทย์</p> <p>** พิจารณาจากระยะเวลาที่เหมาะสมตามหลัก intensive rehabilitation, บทเรียนจากการพัฒนาในต่างประเทศและ best practice บางกล้า, หาดใหญ่, สระบุรี</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	การดูแลระยะกลางมีจุดประสงค์เพื่อ 1) ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์หรือ acute care settings 2) พื้นฟูสมรรถนะและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น intensive rehabilitation 3) ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม 4) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง (bed utility) ในระดับจังหวัดหรือเขต 5) เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วยและผู้ดูแล 6) เชื่อมโยงแผนการดูแลและการดูแลสู่การดูแลในชุมชนและที่บ้าน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง 3) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่และต้องการการดูแลระยะกลาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มี BOR และมีความเสี่ยง re-admission สูง, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูแบบ intensive rehabilitation, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินแบบองค์รวมและฟื้นฟูสมรรถนะ, กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงาน			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	1. ไตรมาส 2 และ 4 (ปี 2561) 2. ไตรมาส 4 (ปี 2562 - 2564)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		ร้อยละ 5		ร้อยละ 10
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 20

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	16. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	48. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery											
คำนิยาม	<p>One Day Surgery (ODS) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค</p> <p>หัตถการตามรายละเอียดแนบท้าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inguinal hernia , Femoral hernia 2. Hydrocele 3. Hemorrhoid 4. Vaginal bleeding 5. Esophagogastric varices 6. Esophageal stricture 7. Esophagogastric cancer with obstruction 8. Colorectal polyp 9. Common bile duct stone 10. Pancreatic duct stone 11. Bile duct stricture 12. Pancreatic duct stricture 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 30</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30									
หมายเหตุ :	เกณฑ์เป้าหมายของปีงบประมาณ 2562 อาจจะปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของการประเมินโครงการปี 2561											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1.ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลาการคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน											
แหล่งข้อมูล	เขตบริการสุขภาพ , Health Data Center											

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		ร้อยละ 15		ร้อยละ 15
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		ร้อยละ 20		ร้อยละ 20
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		ร้อยละ 25		ร้อยละ 25
ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		ร้อยละ 30		ร้อยละ 30
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)			
เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือแนวทางการดำเนินงานOne Day Surgery (ODS) 2.คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	-	ร้อยละ	2557	2558
			NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายทวี รัตนชูเอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548077 โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : thawee1958@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์			

	<p>2. นพ.ทวิชัย วิษณุโยธิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000 โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148 โทรสาร 044-235388 E-mail : taweechai1@hotmail.com</p> <p>โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา</p> <p>3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑตติกรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-587800 โทรศัพท์มือถือ : 081-9417746 โทรสาร : 034-511507 E-mail : wibunphantha@yahoo.com</p> <p>โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	เขต และ ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	49. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery			
คำนิยาม	Minimally Invasive Surgery (MIS) หมายถึง การผ่าตัดส่องกล้องตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค ดังนี้			
	Diagnosis (การวินิจฉัย)		Procedure (หัตถการรักษา)	
	Symptomatic gallstone /cholecystitis		Laparoscopic Cholecystectomy	
	Colorectal cancer		Laparoscopic Colectomy Laparoscopic anterior resection Laparoscopic abdominoperineal resection Laparoscopic TME	
	Lumbar disc herniation		Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy Surgery	
	ACL injury		Arthroscopic ACL Reconstruction	
	Myoma uteri		Laparoscopic Hysterectomy	
	Ovarian cyst		Laparoscopic Cystectomy	
	เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	10	15	20	25
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ลดระยะเวลาการคอยผ่าตัดสั้นลง ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับการ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค Minimally Invasive Surgery			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ 13 เขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery			

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 10		ร้อยละ 10	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 15		ร้อยละ 15	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 20		ร้อยละ 20	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ร้อยละ 25		ร้อยละ 25	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ Minimal Invasive Surgery (MIS)				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการดำเนินงาน Minimally Invasive Surgery (MIS)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ราย	2557	2558	2559
			NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายทวี รัตนชูเอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548077 โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : thawee1958@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี 2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000 โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148 โทรสาร : 044-235388 E-mail : taweechai1@hotmail.com โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา				

	<p>3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑิการณ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-9417746</p> <p>โทรสาร : 034-511507 E-mail : wibunphantha@yahoo.com</p> <p>โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1.กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</p> <p>โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</p> <p>โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499</p> <p>โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัด	50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)											
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดการบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมี เป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยก เป็น Triage Level 1 และ 2</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ *โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8</p> <table border="1" data-bbox="300 1626 1289 1742"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 12*</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 8</td> <td>ร้อยละ 6</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 12*	ร้อยละ 10	ร้อยละ 8	ร้อยละ 6
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 12*	ร้อยละ 10	ร้อยละ 8	ร้อยละ 6									
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ											

	ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ้นเวลาปลอดภัยและประทับใจ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F2 ขึ้นไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	HDC 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแพ้ม ACCIDENT			
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แพ้มกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. รวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงในปี 2559, 2560 เป็นข้อมูลพื้นฐาน 2. วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 3. Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ 4. วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต	1. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน	1. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน	1. อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 10

ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
				ร้อยละ 8	
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
				ร้อยละ 6	
วิธีการประเมินผล :		<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล อุดหนุนของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก 1.2 รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง 1.3 วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 1.4 Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ 1.5 วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ 1.6 นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 1.7 ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน <p>ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด 2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม <p>ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต 3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต 3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ 			
เอกสารสนับสนุน :		http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			ร้อยละ	2558	2559
				N/A	N/A
				2560	N/A

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพย์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพย์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพย์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพย์มือถือ : 086-5694886 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</p> <p>3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพย์ที่ทำงาน : โทรศัพย์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี</p> <p>4. นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพย์ที่ทำงาน : โทรศัพย์มือถือ : 081-6400614 โทรสาร : E-mail :</p> <p>โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>5. นพ.สัจจะ ชลิตาภรณ์ โทรศัพย์ที่ทำงาน : โทรศัพย์มือถือ : 095-9254656 โทรสาร : E-mail : tsenjoyme@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี</p> <p>6. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพย์ที่ทำงาน : โทรศัพย์มือถือ : 083-8033310 โทรสาร : E-mail : k.yothasamutr@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน</p> <p>7. นางธันณจิรา ธนาศิริธันนท์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพย์ที่ทำงาน : โทรศัพย์มือถือ : 085-4881669 โทรสาร : E-mail : thunjira.t@niems.go.th</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>
<p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นพ.กิตติพงศ์ สัญชาติวิรุฬห์ ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพย์ที่ทำงาน : โทรศัพย์มือถือ : 081-2554711 โทรสาร : Email : dr_nok@yahoo.com</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p>

	<p>2. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>4. นางนริศรา แยมทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>5. นางพรทิพย์ บุณนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069 Email: soontornchin@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9241771 Email: pherex099@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-591-8276</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นางนริศรา แยมทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069 Email: soontornchin@gmail.com</p>

	<p>4. นายโสรัจจะ ชูแสง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p> <p>หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669 Email : sorajja.c@niems.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-591-8276 กรมการแพทย์</p> <p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรสาร : 02-5918276 กรมการแพทย์</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 037-211297 โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 E-mail : beera024@gmail.com โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ											
โครงการที่	1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	51. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่											
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
วัตถุประสงค์	เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560)											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข											
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) ร่วมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพท์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : - ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพท์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561 - ติดตามตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส											
เกณฑ์การประเมิน												
ปี 2561 - 2564 :												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
วิธีการประเมินผล	ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ แนวทางการประเมินผล 1. ระดับสำนักวัณโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560) ในภาพรวมของประเทศ 2 ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่											

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวินโรค กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935 กรมควบคุมโรค	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมเกียรติและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	52. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่ กำหนด
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ ในพื้นที่ที่รัฐบาลได้กำหนดให้ตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษขึ้น รวม 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ตาก กาญจนบุรี สระแก้ว ตราด หนองคาย นครพนม มุกดาหาร สงขลา และ นราธิวาส (เป้าหมายในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ ตามเอกสารแนบท้าย)</p> <p>2. การจัดการบริการอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการโดยบุคลากรในหน่วย บริการสุขภาพที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพทั้งแรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบประกันสังคมได้รับการจัดการบริการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพทั้งเชิง รุกและเชิงรับ มีสุขภาพอนามัยดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การประเมินความ เสี่ยง การสำรวจความเสี่ยง การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น</p> <p>3. การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มี ความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบ จากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินจากสารเคมี/รังสี ได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการบริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพ อนามัยที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การค้นหาและประเมินความเสี่ยง/สิ่งคุกคาม ด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิง รุกและเชิงรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นต้น</p> <p>การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีประเด็นเพิ่มเติมจากเกณฑ์การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเกณฑ์การจัดการบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมทั่วไป คือ เพิ่มการประเมินความเสี่ยงในสถานประกอบการที่ตั้งขึ้นใหม่ในเขต พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ สารเคมีอันตราย และสารกัมมันตรังสี</p> <p>4. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดใน คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม</p>

	สิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนใน ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2564 ร้อยละ 95 ของหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ ดังนี้</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95						
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสามารถเข้าถึง และได้รับการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ 10 จังหวัด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่เป้าหมาย ประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเอง (ตามคู่มือที่ระบุในนิยาม) ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เป้าหมาย พร้อมผลการประเมินตนเองและแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ตั้งแบบ Report_OHS สสจ.) แจ้งมายังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมส่งให้กับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนจัดเตรียมทีมตรวจประเมิน/สอบทวนการดำเนินงาน 4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับทีมตรวจประเมินระดับจังหวัด และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตรวจประเมินตามแนวทางของสำนักฯ และให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมิน 5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง (ตั้งแบบ Report_OHS_สคร.) 6) กรรมการรับรองผลประชุมเพื่อพิจารณารับรองผลโรงพยาบาล 7) สสจ.เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ตามแบบรายงานผลการดำเนินงาน (ตั้งเอกสารแนบท้าย) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลที่ สนย.จะเป็นผู้พัฒนาขึ้น 8) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สรุปผลภาพรวมของประเทศและรายงานให้ กยผ. 								
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (10 จังหวัด), สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1,2,5,6,8,10,12 และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม								
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป								

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด (24 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานไตรมาส 1, 2, 3, และ 4)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 50
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีข้อมูลการประเมินตนเองของรพ.เป้าหมาย	มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 40	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 50 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 90
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ

หรือสนับสนุนวิชาการ ให้กับหน่วยงานเครือข่าย			ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป
--	--	--	--

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 95
มีการถ่ายทอดแนว ทางการดำเนินงานเพื่อ สนับสนุนการดำเนินงาน หรือสนับสนุนวิชาการ ให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการ ดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการ ดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

วิธีการประเมินผล :	ตามแนวทางของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
เอกสารสนับสนุน :	1. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน 2. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีว อนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขต พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	ร้อยละ	-	-	รอผล

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางวิณา ภักดีสิริวิชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรสาร : กรมควบคุมโรค	รองผู้อำนวยการสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์มือถือ : E-mail : bhakdi2005@yahoo.com
---	--	--

	<p>2. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์</p> <p>ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดบริการ อาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3847935, 02-3940166 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : untimanon@gmail.com</p> <p>ศูนย์พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918173 โทรศัพท์มือถือ : 081-9893609 โทรสาร : 02-5904388 E-mail : cpadungt@gmail.com</p> <p>2. นางสาวอารีพิศ พรหมรัตน์</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2394 0166 โทรศัพท์มือถือ : 086-9495986 โทรสาร : 02-5904388 E-mail : k.arreepit@gmail.com</p> <p>สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์											
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	เขต , ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	53. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด											
คำนิยาม	<p>เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ 4 มาตรการ ดังนี้</p> <p>มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน</p> <p>มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร</p> <p>มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด</p> <p>มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย 4 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2560 ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) และจังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย 9 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก(เขตสุขภาพที่ 2) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) จังหวัดอำนาจเจริญ(เขตสุขภาพที่ 10) และจังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12เขต 13 จังหวัด</td> <td>12 เขต 13 จังหวัด</td> <td>12 เขต 25 จังหวัด</td> <td>12 เขต 25 จังหวัด</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	12เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 25 จังหวัด	12 เขต 25 จังหวัด
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
12เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 25 จังหวัด	12 เขต 25 จังหวัด									
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน (4 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1,6,8 และ 11											

	2. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย (9 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 12		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส) 2. การตรวจราชการและนิเทศงาน 3. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร		
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส) 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน 3. ข้อมูลการประเมินโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพ ที่มีผลดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 13 จังหวัด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
จังหวัดนำร่อง 1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม 2. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด 3. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)	จังหวัดนำร่อง 1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี 2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ภาครัฐและเอกชน)	จังหวัดนำร่อง 1. เพิ่มจำนวน Shop/ Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง 2. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น 2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (โพลีกระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ 2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan)	จังหวัดนำร่อง 1. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 2.มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20

<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร</p> <p>2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง</p> <p>2. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10</p> <p>2. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20</p> <p>3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20</p>
--	---	--	--

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			12 เขต 13 จังหวัด

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			12 เขต 25 จังหวัด

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			12 เขต 25 จังหวัด

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. คู่มือการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p> <p>2. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564</p> <p>3. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>4. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
			จำนวนเขต สุขภาพที่มี จังหวัดเมือง สมุนไพร	จำนวน (เขตสุขภาพ/ จังหวัด)	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายวิวัฒน์ศักดิ์ ศรีรุ่ง ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการนโยบาย สมุนไพรแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรสาร : 02-1495609 E-mail : wsornrung@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ</p> <p>2. นางศรีจรรยา โชติก ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>3. นางกรุณา ทศพล หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1.นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>2.นายชัยพร กาญจนอักษร แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : CKTTMMan414@hotmail.co.th</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์</p> <p>3. นางสาวมุสซา จันทร์ประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรสาร : 02-1495609 E-mail : ppin1987@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ</p>				

	4. นางสาวสุกัญญา ชัยแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-7809 โทรสาร : 02-591-0218 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-729-8989 E-mail : sukanya0210@gmail.com
--	--	---

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	54. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3-6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน</p> <p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบดังนี้</p> <p>1)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตราากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ 38 สายงาน ประกอบด้วย</p> <p>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 7 สายงาน ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 10 สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้า</p>

พนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

2) การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3) การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนาและร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4) การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

5) การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) โดยมีความครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของเขตที่และสอดคล้องกับ	1. แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) 2. แผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยง	ระดับ 4 (9 เดือน)

		ยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี)	กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence	
	2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนากำลังคน	1.ความร่วมมือระหว่างสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนและเขตสุขภาพ 2.การบูรณาการทรัพยากรในการใช้(คน เงิน ของ) ร่วมกัน Stakeholder ในเขตสุขภาพ	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 4 (9 เดือน)
	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการผลิต และพัฒนากำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่ายงบประมาณได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 4 (9 เดือน)
	4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนากำลังคน	1.การจัดสรร/การกระจาย/กลุ่มเป้าหมายของบุคลากรอย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ) ให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของเขต	มีจำนวนความต้องการ/การพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 4 (9 เดือน)
	5.การ ประเมินผล กระทบ ระบบการ บริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนากำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการผลิตและพัฒนากำลังคน 2.การลดข้อร้องเรียนและการต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายในระดับเขต/ประเทศ	1.จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขตลดลง 2.จำนวนข้อร้องเรียน/อัตรากายการย้าย ลาออก ลดลง	ระดับ 4 (9 เดือน)

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ระดับความสำเร็จ ของเขตสุขภาพใน การดำเนินงานใน แต่ละองค์ประกอบ ที่ผ่านเกณฑ์ ระดับ 4 ทั้ง 5 องค์ประกอบ			
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/ การสำรวจจากเขตสุขภาพ การรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3)			
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 - 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ ที่ 1 - 4 ที่ระดับ คะแนน 3	8 เขต(ร้อยละ๗๐) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 4	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด			
เอกสารสนับสนุน :	นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ระดับความสำเร็จ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817</p> <p>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>		<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันพระบรมราชชนก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817</p> <p>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>		<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>		

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	55. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน</p> <p>ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาคของประเทศ ส่งผลต่อการบริการประชาชนที่ไม่ครอบคลุม ในขณะที่ประเทศกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ 20 ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็น</p> <p>ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การวางแผนอัตรากำลัง 1.2 พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร 1.3 บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก 1.4 การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร 1.5 การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร 1.6 การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 2. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด <p>บุคลากร หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข

	<p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ</p> <p>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ/เขตบริการสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน			
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ/สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์/กลุ่มบริหารงานบุคคล/สถาบันพระบรมราชชนก			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3			

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 85 ของเป้าหมาย		
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับเกณฑ์ และคำนวณตามสูตรที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	1.แผนผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ 2.รายงานผลการจัดสรร/พัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	77	ร้อยละ	50	50	60
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกัลยา เนติประวัตินักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 โทรสาร : E-mail : Catypakdee@gmail.com 2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 โทรสาร : 02-5901830 E-mail : srinuans711@gmail.com สถาบันพระบรมราชชนก				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันพระบรมราชชนก	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.นางกัลยา เนติประวัตติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830 สถาบันพระบรมราชชนก	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)											
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	56. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้											
คำนิยาม	<p>หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่</p> <p>ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้</p> <p>ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล</p> <p>ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร</p> <p>ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p> <p>ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90									
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ											
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
-------------------	----------

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ร้อยละ 60 ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป	-หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ร้อยละ 60 ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป	-หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 60	-หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 60

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :	สำรวจ
--------------------	-------

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวจีรพร ทองหอม	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348	โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908, 081-4594871
	โทรสาร : 02-5901421	E-mail : jeerap_15@hotmail.com
	2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344	โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796
	โทรสาร : 02-5901421	E-mail : sudjaich1@gmail.com
กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
1. นางฉัตรภัทร คูหา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459	โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211	
โทรสาร : 02-5901384	E-mail : inspect.n@gmail.com	
2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459	โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346	
โทรสาร : 02-5901384	E-mail : spd.policy@gmail.com	
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)											
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ กรม											
ชื่อตัวชี้วัด	57. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)											
คำนิยาม	<p>1. อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้าราชการ - พนักงานราชการ - ลูกจ้างประจำ - ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข <p>ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน</p> <p>3. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 หมายถึง จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร 5 ประเภทการจ้างที่ปฏิบัติงานอยู่จริงทั้งหมด ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)</p> <p>4. การลาออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ลาออกจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>5. การถูกให้ออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ถูกให้ออกจากการปฏิบัติงานโดยมีความผิดจากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>6. การโอน หมายถึง การให้บุคลากรสาธารณสุขโอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 91</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 94</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 91	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 94
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 91	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 94									

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมสร้างระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ด้วยกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผล
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สป.สธ. 2. ฐานข้อมูลอัตรากำลังของกรม
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901421	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3252098 E-mail : p.khruaruan@gmail.com
	2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901421	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796 E-mail : sudjaich1@gmail.com
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)															
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ															
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข															
ลักษณะ	เชิงปริมาณ															
ระดับการวัดผล	จังหวัด															
ชื่อตัวชี้วัด	58. ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ															
คำนิยาม	<p>1. จังหวัด หมายถึง จังหวัดที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดนั้น ๆ ทั้งเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้าราชการ - พนักงานราชการ - ลูกจ้างประจำ - ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข <p>ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน</p> <p>3. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง อัตรากำลังที่มีอยู่จริง ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (นับตามปีงบประมาณ) คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (FTE) ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน</p> <p>4. ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง จำนวนของจังหวัดซึ่งมีหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับที่มีอัตรากำลังที่มีอยู่จริง (นับตามปีงบประมาณ) มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (FTE) ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน</p>															
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่น้อยกว่าร้อยละ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ	60	70	80	90
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64													
ไม่น้อยกว่าร้อยละ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ													
60	70	80	90													

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพ 2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรสาธารณสุข (ทุกประเภทการจ้าง) 2. หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูล HROPS ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน 3. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ 								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไปของกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน ปี 2561 : <table border="1" data-bbox="263 1478 1332 1848"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยบริการสาธารณสุขมีการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ</td> <td>ทุกเขตสุขภาพมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ</td> <td>ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ</td> <td>ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	หน่วยบริการสาธารณสุขมีการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
หน่วยบริการสาธารณสุขมีการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป						

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการ สาธารณสุขมีการ บริหารจัดการข้อมูล บุคลากรด้านกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 70 ของ จังหวัดที่มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการ สาธารณสุขมีการ บริหารจัดการข้อมูล บุคลากรด้านกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 80 ของ จังหวัดที่มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการ สาธารณสุขมีการ บริหารจัดการข้อมูล บุคลากรด้านกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของ จังหวัดที่มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละของ อำเภอที่มี บุคลากร สาธารณสุข เพียงพอ	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายสรรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรสาร : 02-5901421</p> <p>ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454 E-mail : sansernx@gmail.com</p> <p>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายพรชัย ปอสูงเนิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรสาร : 02-5901858</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862 E-mail : hrmoph@gmail.com</p> <p>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901341 โทรสาร : 02-5901421</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7322812 E-mail : pink1327@hotmail.com</p> <p>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901421</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3252098 E-mail : p.khruaruan@gmail.com</p> <p>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901421</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796 E-mail : sudjaich1@gmail.com</p> <p>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	59. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย</p> <p>1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน</p> <p>2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (4) บำรุงรักษาจิตใจ</p> <p>อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง</p> <p>กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้</p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
คัดเลือกและพัฒนา อสค. จำนวน 500,000 คน		1,000,000 คน	1,000,000 คน	1,000,000 คน
มีครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55		ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน 2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ 3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด 4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประธานและเชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพและจัดการสุขภาพของชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เขตสุขภาพที่ 1-12</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 3 (100%) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข - ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ปีงบประมาณ 2561 ตามสัดส่วนประชากร 60 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด <p>เขตสุขภาพที่ 13</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) - ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) - ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) <p>จากฐานข้อมูลของหน่วยงานดำเนินงาน อาทิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร <ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักอนามัย 2) ศูนย์บริการสาธารณสุข 3) สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ 2. สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 3. โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การขึ้นทะเบียน อสค. <p>เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาและขึ้นทะเบียน อสค. ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว</p> 2. การประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. <ol style="list-style-type: none"> 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. ตามความสมัครใจของแต่ละหน่วยงาน โดย อสค. แต่ละคนดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองตามแบบประเมิน แล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง (Self

	<p>Assessment) ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร</p> <p>2) ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลาง รวมถึงกรุงเทพมหานครสู่ประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัวลงในเว็บไซต์ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว</p> <p>หมายเหตุ : 1. ช่องทางในการลงทะเบียน อสค. และบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. คือ</p> <p>1) ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th</p> <p>2) ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net</p> <p>2. หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลของกรุงเทพมหานคร คือ</p> <p>1) หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร</p> <ul style="list-style-type: none"> • กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย • สำนักการแพทย์ <p>2) สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p> <p>3) โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร</p>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สถานบริการสุขภาพภาครัฐ 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4. หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร <ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักอนามัย 2) ศูนย์บริการสาธารณสุข 3) สถานพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ 5. สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 6. โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน	-
-	-	-	ครอบคลุมที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	
-	-		ครอบคลุมที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	-
-	-		ครอบคลุมที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 65

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	
			ครอบคลุมที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม

วิธีการประเมินผล :

การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ด้วยวิธีการ ดังนี้

1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. หลังจากที่ได้ อสค. ได้ประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร

2. การสุ่มประเมิน ตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่ระดับล่างสุดขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของจำนวน อสค. ทั้งหมด หรือโดยสุทธการคำนวณตามวิธีการทางสถิติอื่น) โดยสามารถบันทึกผลการประเมินในระบบฐานข้อมูลได้ที่เว็บไซต์ <http://fv.phc.hss.moph.go.th> หรือ www.thaiphc.net

ค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ บทบาท อสค. (60) : การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว (40)

ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน

บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก
1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ต้มน้ำเปล่า	10
2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลาและพาไปพบแพทย์ตามนัด	10
3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	10
		4. บำรุงรักษาจิตใจ	10
รวม	60	รวม	40

	คะแนนรวมทั้งหมดต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 2. หลักสูตร อสค. 3. คู่มือ อสค. 4. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว 5. เว็บไซต์สำหรับขึ้นทะเบียน อสค. พิมพ์ประกาศนียบัตร และรายงานผลการดำเนินงาน อสค. <ol style="list-style-type: none"> 1) http://fv.phc.hss.moph.go.th 2) www.thaiphc.net 6. www.อสค.com เว็บไซต์ฐานข้อมูล อสค. ด้านความรู้ ข่าวสาร และการประเมิน <p>หมายเหตุ : 1. เอกสารข้อ 3. คู่มือ อสค. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค.</p> <p style="text-align: center;">2. สามารถดาวน์โหลดเอกสารทั้งหมดได้ที่เว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th หรือ เว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	คน	-	50,000	470,751
	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	91.16
	ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จากเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/ ณ วันที่ 22 สิงหาคม 2560				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ <ol style="list-style-type: none"> 1. นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18724 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com 2. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	60. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงานขององค์กรต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จคือ คณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน</p> <p>ดัชนีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 ดัชนี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ 3. ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ 4. ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 5. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย **มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล** ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 ในปี 2561 คือ 44 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวนทั้งสิ้น 1,866 แห่ง **ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้**

หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข **ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90** จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99

วัตถุประสงค์

- ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ
- หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,866 แห่ง จำแนกดังนี้
- กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 หน่วยงาน
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน
 - โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง

	<p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน</p> <p>4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน</p> <p>5. หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวน 7 หน่วยงาน</p> <p>ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,866 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน จัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p>								
แหล่งข้อมูล	<p>แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment</p>								
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี)</p>								
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA</p>								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4</p> <p>หมายเหตุ : หน่วยงานจำนวน 1,866 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</p>								
<p>เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 3 (5)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	85	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ระดับ 3 (5)	80	85	90						

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 3 (5)	80	85	90

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 3 (5)	80	85	90

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 3 (5)	80	85	90

หมายเหตุ :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)
Small Success : ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ประเด็น การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคม ของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคม ของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ ทุกข้อ ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายน ของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายน ของทุกปี

วิธีการประเมินผล :

หน่วยงานจำนวน 1,866 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)

เกณฑ์การให้คะแนน :

การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB3

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5)

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง(
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ข้อ 1	-	ข้อ 2	-	ข้อ 3

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
70	75	80	85	90

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
70	75	80	85	90

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
70	75	80	85	90

เอกสารสนับสนุน :

แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของหน่วยงานใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	98.82 (85 หน่วย งาน)	94.12 (85 หน่วย งาน)	ยังไม่ ได้ (จำนวน 396 หน่วยงาน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ											
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	เขต กรม											
ชื่อตัวชี้วัด	61. ร้อยละของการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม											
คำนิยาม	<p>การจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557</p> <p>เวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์</p> <p>ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อให้เน้นรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อราคาส่วนที่ดำเนินการในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	20	25	30	30
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
20	25	30	30									
วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาของหน่วยงาน แยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคาร่วม/ราคาอ้างอิง และ สอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข/กองบริหารการสาธารณสุข)											
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม											
รายการข้อมูล 1	A = มูลค่าการจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 2	B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4											

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		15		20	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		20		25	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		25		30	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		25		30	
วิธีการประเมินผล :	เขตสุขภาพและกรม ดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	มูลค่าการจัดซื้อรวมฯ	ร้อยละ	20.44	20.98	24.99
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวพรพิมล จันทร์คุณภาส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901628		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-1933446 E-mail : pchankunapars@gmail.com		
	2. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com		
	กองบริหารการสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com		
	กองบริหารการสาธารณสุข				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	62. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร และบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ 2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา 3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น <p>แนวคิดของการควบคุมภายใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติ การควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีใช้ผลสุดท้ายของการกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring) 2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผล ด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น

3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิผลเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมาย ระเบียบ และกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุดคือการใช้ทรัพยากรที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างับต้นทุนที่เกิดขึ้น

ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน

“การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด”

คำว่า “การควบคุมภายใน” หรือ “ระบบการควบคุมภายใน” เป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยรับตรวจทุกคนควรให้ความสำคัญเพราะเป็นพันธกรณีที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสำเร็จลุล่วงตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ ดังนั้น การออกแบบการควบคุมภายในอย่างเหมาะสม และการติดตามผลการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนด รวมทั้งการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้บริหารได้รับทราบจุดอ่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้หน่วยรับตรวจสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานการควบคุมภายใน

มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment)
2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)
3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities)
4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications)
5. การติดตามประเมินผล (Monitoring)

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ

- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคมของทุกปี โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปอ. 1) ในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการเจ้าหน้าที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทาน

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอเหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง

การติดตามประเมินผล หมายถึง กระบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา

ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้

- พิจารณาวិธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
- กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
- สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
- ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ

การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (คตป.) ประจำกระทรวง / ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

	<ul style="list-style-type: none"> - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี 			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 8	ร้อยละ 12	ร้อยละ 16	ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน</p> <p>2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน กำหนด</p> <p>3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (9 กรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 แห่ง) และโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข (845 แห่ง)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการนิเทศงานโดยใช้การประเมินงานระบบการควบคุมภายใน พร้อมรอบการตรวจราชการและการเข้าตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน			
แหล่งข้อมูล	ลงพื้นที่นิเทศงานกลุ่มเป้าหมาย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (มกราคม 2560 - กันยายน 2564)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 8
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 12
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 16

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 20

วิธีการประเมินผล :

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์
เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคนจะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจ และทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล การควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	2
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย. 1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบ กำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวาง ระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุม ภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	3
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบ ทุกกระบวนการงาน	4
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายใน ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	5

เอกสารสนับสนุน :

หนังสือแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุม ภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พิมพ์ครั้งที่ 2 : ตุลาคม 2552

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด	ร้อยละ	1.11	1.11	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวเครือพันธ์ บุบุญญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902341 โทรสาร : 02-5902337</p> <p>2. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-590-2337</p> <p>3. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856980 E-mail : boonboonboon05@gmail.com</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975 E-mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337</p> <p>2. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975 E-mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)												
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ												
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ												
ลักษณะ	เชิงปริมาณ/คุณภาพ												
ระดับการแสดงผล	กรม และ จังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัด	63. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข												
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 สำนัก/กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี 2561- 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด <table border="1" data-bbox="710 1489 1244 1832"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>หมวด 1,หมวด 5</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>หมวด 2,หมวด 4</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>หมวด 3,หมวด 6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 	พ.ศ.	ภาคบังคับ	2561	หมวด 1,หมวด 5	2562	หมวด 2,หมวด 4	2563	หมวด 3,หมวด 6	2564	หมวด 1- 6	2565	หมวด 1- 6
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
2561	หมวด 1,หมวด 5												
2562	หมวด 2,หมวด 4												
2563	หมวด 3,หมวด 6												
2564	หมวด 1- 6												
2565	หมวด 1- 6												

	<p>5. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร</p> <p>6. ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร /ผู้ตรวจประเมินภายนอก</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย

1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง

ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
61	62	63	64
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
61	62	63	64
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
61	62	63	64
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546</p> <p>2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$ 3. $(E/F) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 1, หมวด 5)</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 20)</p>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 2, หมวด 4)</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 40)</p>

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 3, หมวด 6)</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)</p>

ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)			
--	--	--	--

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 6 หมวด</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)</p>

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 6 หมวด</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่</p>

ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)			ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด (ร้อยละ 100)																
วิธีการประเมินผล :	ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																	
	1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน <table border="1" data-bbox="689 416 1437 645"> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <td>0.20 คะแนน</td> <td>0.40 คะแนน</td> <td>0.60 คะแนน</td> <td>0.80 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>5 คำถาม</td> <td>7 คำถาม</td> <td>9 คำถาม</td> <td>11 คำถาม</td> <td>13 คำถาม</td> </tr> </table>			เกณฑ์การให้คะแนน					0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
	เกณฑ์การให้คะแนน																		
	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน														
	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม														
	2	ประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน <table border="1" data-bbox="770 701 1362 1043"> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> <tr> <td>2561-2563</td> <td>1 หมวด</td> <td>2 หมวด</td> </tr> <tr> <td>2564-2565</td> <td>ไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>ครบ 6 หมวด</td> </tr> </table>			พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	2561-2563	1 หมวด	2 หมวด	2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด				
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																		
	0.50 คะแนน	1 คะแนน																	
2561-2563	1 หมวด	2 หมวด																	
2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด																	
3	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน <table border="1" data-bbox="766 1099 1367 1384"> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> <tr> <td>2561-2563</td> <td>มีแผน 1 หมวด</td> <td>มีแผน 2 หมวด</td> </tr> <tr> <td>2564-2565</td> <td>มีแผนไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>มีแผนครบ 6 หมวด</td> </tr> </table>			พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	2561-2563	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด	2564-2565	มีแผนไม่ครบ 6 หมวด	มีแผนครบ 6 หมวด					
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																		
	0.50 คะแนน	1 คะแนน																	
2561-2563	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด																	
2564-2565	มีแผนไม่ครบ 6 หมวด	มีแผนครบ 6 หมวด																	
4	จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน <table border="1" data-bbox="766 1440 1367 1668"> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> <tr> <td>2561-2563</td> <td>1 หมวด</td> <td>2 หมวด</td> </tr> <tr> <td>2564-2565</td> <td>ไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>ครบ 6 หมวด</td> </tr> </table>			พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	2561-2563	1 หมวด	2 หมวด	2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด					
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																		
	0.50 คะแนน	1 คะแนน																	
2561-2563	1 หมวด	2 หมวด																	
2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด																	
5	ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ) 1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง																		

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
2561	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
2562	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
2563	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
2564	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตาม
เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
2561	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
2562	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
2563	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
2564	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตาม
เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

	<p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>ร้อยละ 0</td> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>ร้อยละ 0</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2561</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2562-2565</p>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน					1	2	3	4	5	2561	ร้อยละ 0	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	2562	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	2563	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	2564	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																																									
	1	2	3	4	5																																					
2561	ร้อยละ 0	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20																																					
2562	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40																																					
2563	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60																																					
2564	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80																																					
2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100																																					
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/																																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>ตัวชี้วัดใหม่</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>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td> <td>ระดับ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-																												
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																						
		2558	2559	2560																																						
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-																																						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 โทรสาร : 02-5901406 E-mail : oeysuwanna@gmail.com</p> <p>2. น.ส.อังคณา หัวเมืองวิเชียร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ : 081-2558277 โทรสาร : 02-5901406 E-mail : lkung1038@gmail.com</p>																																									

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัด	64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3			
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 780 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559) <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหา มาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/ มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/ กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน 			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต				
2. ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลชุมชน				
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ			

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 780 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ปี 2561 : 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.18 (162 แห่ง จาก 165 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 (164 แห่ง จาก 165 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (165 แห่ง จาก 165 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (165 แห่ง จาก 165 แห่ง)

2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ร้อยละ 74.36 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)
--	--	--	---

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th
/สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.58 (161 แห่ง จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 98.18 (162 แห่ง จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 99.39 (164 แห่ง จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (165 แห่ง จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (165 แห่ง จาก 165แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 73.85 (576 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 74.12 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)

	<p>เงื่อนไข :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 30 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง (ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่) 2. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ 3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 					
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง</p>					
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วย วัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>			
			<p>2557</p>	<p>2558</p>	<p>2559</p>	<p>2560 (ไตรมาส 3)</p>
	<p>ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ศูนย์, โรงพยาบาล ทั่วไป,โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต)</p>	<p>แห่ง</p>	<p>ไม่มี ข้อมูล</p>	<p>ไม่มี ข้อมูล</p>	<p>ร้อยละ 96.36 (159 แห่งจาก 165 แห่ง)</p>	<p>ร้อยละ 97.58 (161 แห่ง จาก 165 แห่ง)</p>

	ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ชุมชนในสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข)	แห่ง	ร้อยละ 60.27 (446 จาก 740 แห่ง)	ร้อยละ 69.40 (515 จาก 742 แห่ง)	ร้อยละ 69.49 (542 จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 73.85 (576 จาก 780 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>3. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>4. นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-4784332 โทรสาร : E-mail :</p> <p>5. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 โทรสาร : E-mail :</p> <p>6. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 095-6099869 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906132 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p>					

	<p>2. นายบรรพต ต่วนภูษา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906137 โทรศัพท์มือถือ : 092-5526252 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903395 โทรศัพท์มือถือ : 081-6409393 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางสุมาลี ยุทธวรวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903379 โทรศัพท์มือถือ : 099-5696293 โทรสาร : E-mail :</p> <p>3. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903347 โทรศัพท์มือถือ : 089-7974695 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908207 โทรศัพท์มือถือ : 086-7323712 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908092 โทรศัพท์มือถือ : 083-1396730 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-4784332 โทรสาร : E-mail :</p>

	4. นางสาวราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 โทรสาร : E-mail :
	5. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 095-6099869 โทรสาร : E-mail :
	กองบริหารการสาธารณสุข

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัด	65. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว			
คำนิยาม	<p>1. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตีตดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาคมีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการประเมินเกณฑ์พัฒนา 3 ดาว 4 ดาว และ 5 ดาว (ผ่านเกณฑ์) รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คือ 5 ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้</p> <p>1) คะแนนรายหมวด มากกว่า ร้อยละ 80</p> <p>2) คะแนนรวม 5 หมวด มากกว่า ร้อยละ 90</p> <p>2. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : (สะสม)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 9,780 แห่ง ไม่รวมจำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว ในปี 2560			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งดูแลโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตีตดาว</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 ดาว</p> <p>C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 ดาว</p>			

รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
	รอบ 3-6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ 2. อบรม ครู ก ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 3. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง 4. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม 5. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2561	1. รพ.สต.ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา 2. ประเมิน รพ.สต.ติดตามระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 25 (สะสม)
ปี 2562:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 50 (สะสม)
ปี 2563:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 75 (สะสม)
ปี 2564:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 100 (สะสม)
วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม		

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)														
ลักษณะ	เชิงปริมาณ														
ระดับการแสดงผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	66. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล														
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9). <p>2. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ไม่น้อยกว่า 25 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 30 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 35 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 40 %</td> </tr> <tr> <td>2. ไม่น้อยกว่า 50 %</td> <td>2. ไม่น้อยกว่า 65 %</td> <td>2. ไม่น้อยกว่า 75 %</td> <td>2. ไม่น้อยกว่า 80 %</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1. ไม่น้อยกว่า 25 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %	2. ไม่น้อยกว่า 50 %	2. ไม่น้อยกว่า 65 %	2. ไม่น้อยกว่า 75 %	2. ไม่น้อยกว่า 80 %
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64												
1. ไม่น้อยกว่า 25 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %												
2. ไม่น้อยกว่า 50 %	2. ไม่น้อยกว่า 65 %	2. ไม่น้อยกว่า 75 %	2. ไม่น้อยกว่า 80 %												
หมายเหตุ :	<p>1. ต้องผ่านคุณภาพข้อมูลทั้งข้อ 1 และ ข้อ 2 ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>2. คุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ รอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง (ส่งผลการ Audit ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2561)</p>														
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อพัฒนาคุณภาพ สาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอก) ในรพ.สต.</p>														
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สาเหตุการตาย : 76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)</p> <p>2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : รพ.สต.ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>														

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย 2. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของรพ.สต.ในโปรแกรมพื้นฐาน 3. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนและการให้รหัสโรคของผู้ป่วยนอก ในหน่วยบริการ รพ.สต.
แหล่งข้อมูล	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. หน่วยบริการ รพ.สต.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนรพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเวชระเบียน
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนรพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการให้รหัสโรค
รายการข้อมูล 5	E = จำนวน รพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. สาเหตุการตาย : $(A/B) \times 100$ 2. ข้อมูลเวชระเบียน : $(C/E) \times 100$ 3. ข้อมูลการให้รหัสโรค : $(D/E) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

สาเหตุการตาย

ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2561		ไม่น้อยกว่า 25 %		ไม่น้อยกว่า 25 %
2562		ไม่น้อยกว่า 30 %		ไม่น้อยกว่า 30 %
2563		ไม่น้อยกว่า 35 %		ไม่น้อยกว่า 35 %
2564		ไม่น้อยกว่า 40 %		ไม่น้อยกว่า 40 %

ข้อมูลเวชระเบียนและการให้รหัสโรค

ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2561		ไม่น้อยกว่า 50 %		ไม่น้อยกว่า 50 %
2562		ไม่น้อยกว่า 65 %		ไม่น้อยกว่า 65 %
2563		ไม่น้อยกว่า 75 %		ไม่น้อยกว่า 75 %
2564		ไม่น้อยกว่า 80 %		ไม่น้อยกว่า 80 %

วิธีการประเมินผล :	1. สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร) 2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคตามคู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรคสำหรับ รพสต. พ.ศ. 2561				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย 2. คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรคสำหรับ รพสต. พ.ศ. 2561				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	1. สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill-define) ยกเว้น กรุงเทพมหานคร	ร้อยละ	-	8 จ.ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 10.5	12 จ.ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 15.8 (ข้อมูลรอบ 9 เดือน)
	2. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการรหัสโรค 2.1 เวชระเบียน 2.2 การรหัสโรค	ร้อยละ	- -	- -	12.53 14.47 (ข้อมูลไตรมาส 2 ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2560)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ข้อมูลบริการสุขภาพ 1. นางมะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901492 โทรสาร : 02-9659816 หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : thcc.health@hotmail.com 2. นางเบญญาภา ศิริรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901497 โทรสาร : 02-9659816 รท.หัวหน้างานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : benyapa.s@moph.mail.go.th ข้อมูลสาเหตุการตาย 1. นายมณฑล บัวแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901491 โทรสาร : 02-5918627 หัวหน้างานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : monthon.b@moph.mail.go.th				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	67. ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))			
คำนิยาม	Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบสุขภาพ ข้อมูลในการแลกเปลี่ยน หมายถึง ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ที่มีในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Records (PHRs)) กำหนด เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ เป็นต้น หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในประเทศไทย			
เกณฑ์เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลสุขภาพของตนเอง 2. เพื่อให้แพทย์ใช้ข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยชุดเดียวกัน ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ส่งเสริมในการบำบัดรักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง 3. เพื่อให้เกิดการบูรณาการความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัย บำบัดรักษา จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เกิดเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่แตกฉาน 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะ 5 ปี ได้แก่ รพศ./รพท./รพช. เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย 2. ระยะ 10 ปี ได้แก่ รพช./รพ.สต. และ รพ. สังกัด กรม ใน สธ. 3. ระยะ 20 ปี ได้แก่ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานในระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. 2. http://nrefer.moph.go.th 3. ระยะ 20 ปี : สำรวจจากหน่วยบริการ 			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สธ. หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. ที่เกี่ยวข้อง 2. ระยะ 20 ปี : คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกลางของประเทศ 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (กำหนดเป้าหมายแต่ละปี)			

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรสาร : 02-5901215 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th
---	--	--

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)										
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ										
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)										
ลักษณะ	เชิงปริมาณ										
ระดับการแสดงผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	68. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)										
คำนิยาม	<p>Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะมาจากแหล่งที่มาของข้อมูลในระบบสารสนเทศ (EHRs) ของสถานพยาบาลโดยตรง ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วยเอง หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย</p> <p>เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง หมายถึง ประชาชนมีสิทธิ์ในข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่าน Mobile Application ได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด</p> <p>ข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ชุดข้อมูลตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐาน 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลกลุ่มโรค NCD โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และ โรคอ้วนลงพุง (Obesity) เป็นต้น</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>			2561	2562	2563	2564	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
2561	2562	2563	2564								
ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20								
	<p>ขอบเขต : 1) จำนวนประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจาก รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป.สธ. ในระบบคลังข้อมูล HDC</p> <p>2) ตรวจสอบจากเลขประจำตัวประชาชน</p>										
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา 2. เพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทัวถึง และเท่าเทียมผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะ 5 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. 2. ระยะ 10 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับใน สังกัด สป.สธ. และหน่วยบริการในสังกัดกรม 3. ระยะ 20 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน 										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. 2. ระบบ LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน 3. ระยะ 20 ปี : สำรองประชาชนผู้เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. และโรงพยาบาลสังกัดกรม ในสังกัด สธ. 2. ระยะ 20 ปี : สำนักงานสถิติแห่งชาติ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม และ สิงหาคม)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 : ** เฉพาะจังหวัดนำร่อง					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 2	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	
ปี 2562 : ** เฉพาะจังหวัดนำร่อง					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 7	ร้อยละ 8	ร้อยละ 9	ร้อยละ 10	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 12	ร้อยละ 13	ร้อยละ 14	ร้อยละ 15	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 17	ร้อยละ 18	ร้อยละ 19	ร้อยละ 20	
วิธีการประเมินผล :	1. สุ่มตรวจสอบจากการใช้บัตรประชาชน smart card ดูข้อมูลผ่านตู้ Kiosk ของ สธอ. 2. จำนวนการสมัครใช้ Application ระบบ PHRs ของ สป.สธ. 3. ตรวจสอบข้อมูลจาก LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน				
เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2. มาตรฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3. มาตรฐานความปลอดภัยสารสนเทศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ISO27001				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2558	2559	2560
	1	ร้อยละ	-	-	1

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	69. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)											
คำนิยาม	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ หมายถึง รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ มีค่าความต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก ใกล้เคียงกัน เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐมาจากภาษีเป็นหลัก จึงไม่ควรสนับสนุนแตกต่างกัน (อ้างอิง SAFE)											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า</td> <td>พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า</td> <td>พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า</td> <td>พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า									
วัตถุประสงค์	เพื่อบรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก <ul style="list-style-type: none"> รายจ่ายสุขภาพของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ข้อมูล ณ เดือน สค. และประมาณการ 12 เดือน จำนวนประชากรของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก และจำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ (อ้างอิงกลุ่มอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ *) 											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก											
รายการข้อมูล 1	A = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ											
รายการข้อมูล 2	B = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบประกันสังคมที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ											

รายการข้อมูล 3	C = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ				
รายการข้อมูล 4	D = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $((A-D)/D) \times 100$ 2. $((B-D)/D) \times 100$ 3. $((C-D)/D) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลงจากปีก่อนหน้า	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลงจากปีก่อนหน้า	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลงจากปีก่อนหน้า	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลงจากปีก่อนหน้า	
วิธีการประเมินผล :	ค่าเฉลี่ยสูงสุด - ค่าเฉลี่ยต่ำสุด เทียบกับปีที่ผ่านมา				
เอกสารสนับสนุน :	SAFE				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางกาญจนา ศิริโกมล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 02-1439741</p> <p>2. นางวรรณณา เอียดประพาล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศและประเมิน ผลลัพธ์สุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 084-4390152 E-mail : kanjana.s@nhso.go.th</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wanna.e@nhso.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกาญจนา ศิริโกมล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 02-1439741</p> <p>2. นางวรรณณา เอียดประพาล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศและประเมิน ผลลัพธ์สุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 084-4390152 E-mail : kanjana.s@nhso.go.th</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wanna.e@nhso.go.th</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	70. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ			
คำนิยาม	การจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน
วัตถุประสงค์	ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ▪ ระบบประกันสังคม และ ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก - รวบรวมข้อมูลการจ่ายเงินตามกลไกที่เลือก ในปี พ.ศ. 2560			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก			
รายการข้อมูล 1	-			
รายการข้อมูล 2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ภายใน 2565)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ติดตามและประเมินผล จากปี พ.ศ. 2560

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	71. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน											
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและส่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20												
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PAภาครัฐ 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของ รพ.ระดับ A , S และ M1 สังกัด สช. ในระบบรายงาน PA ของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 											
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PA ภาครัฐ รายงานการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ของ สพฉ.											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561 : พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มามีด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
วิธีการประเมินผล :	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	63,022	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง EMS	47,899	63,022	80,522
	476,281	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง ER visit	355,991	476,281	526,961
	13.23	ร้อยละ	13.45	13.23	15.28
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางธัญฉวีจิรา ธนาศิริชัชพันธ์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 โทรสาร : 02-8721669 E-mail : thunjira.t@niems.go.th				

	<p>2. นางสินีนุช ไชยสิทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603 2. นางสินีนุช ไชยสิทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 089-0361669 E-mail : Kamolthip.s@niems.go.th ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																													
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																													
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																													
ลักษณะ	เชิงปริมาณ																													
ระดับการแสดงผล	เขต																													
ชื่อตัวชี้วัด	72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน																													
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทดัชนีชี้วัด</th> <th>น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>1.1 $CR < 1.5$</td> <td>1</td> <td>$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.2 $QR < 1.0$</td> <td>1</td> <td>$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.3 $Cash < 0.8$</td> <td>1</td> <td>$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> </tr> <tr> <td>2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$</td> </tr> <tr> <td>3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน</td> </tr> </tbody> </table>			ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย	1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์	1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน	2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$	3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย																												
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์																												
1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน																												
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$																												
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน																												

3.1 มิติ NWC หรือ ทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ รับภาระการขาดทุนเฉลี่ย ต่อเดือน (กรณี NWC เป็น บวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงิน รุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
a) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อ ความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มี ผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจาก การดำเนินการ เพียงพอกับ ภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก < หรือ = 3 เดือน	0	
3.3 กรณี NWC ติด บวก & มี NI เป็นบวก	0	
3.4 กรณี NWC ติด ลบ & มี NI เป็นลบ	2	

การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด
 ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2561

1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง
 - : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ
 - : แผนงาน/กิจกรรม
 - : ผลผลิต/ผลลัพธ์
2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)
3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน

มาตรการ

มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

มาตรการที่ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)

มาตรการที่ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

มาตรการที่ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 1.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ 1.3 เฝ้าระวัง ติดตามประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ	1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

	มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)	<p>2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินปี 2560</p> <p>2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน)</p> <p>2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน (ไตรมาส)</p>	<p>2.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p>
	มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	<p>3.1 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายจากการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ วิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR) - ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภท สิทธิ เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR) <p>3.2 เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาและใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน - ประเมิน/ควบคุมประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง - ประเมินและควบคุมประสิทธิภาพการบริหาร 	<p>3.1 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 ตัว (มากกว่า ระดับ B-) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</p>

	เจ้าหน้าที่ ลูกหนี้ สินค้าคงคลัง และค่าตอบแทนค้างจ่าย	
มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)	4.1 พัฒนาระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน 4.2 พัฒนาระบบการตรวจสอบบัญชี 4.3 พัฒนาระบบงานสารสนเทศด้านการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร (Executive Information System: EIS) 4.4 พัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS	4.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90(อิเล็กทรอนิกส์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (ผู้ตรวจสอบบัญชี) 4.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็นศูนย์ ต้นทุนนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณ เข้าระบบ GFMS ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
มาตรการ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)	5.1 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการเงิน (CFO) 5.2 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบบัญชี (Auditor)	5.1 ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลัง (CFO และ Auditor) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ค่าเป้าหมาย: ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลังที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)		
ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวงกำหนดรวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ใน	1. มีหลักเกณฑ์การปรับเกลี่ยระดับเขต

	<p>การปรับเปลี่ยนตามปัญหาและบริบทของพื้นที่</p> <p>2. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF)</p> <p>3. พัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินในเขต</p> <p>4. พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย</p>	<p>2. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF)</p> <p>3. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน/ชดเชยเงิน UC</p>
จังหวัด	<p>1. มีหลักเกณฑ์ในการปรับเปลี่ยนวงเงินตามที่เขตกำหนด</p> <p>2. ปรับเปลี่ยนวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด</p> <p>3. ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ชดเชยตามเวลาที่กำหนด</p>	<p>1. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด</p> <p>2. รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน</p>
หน่วยบริการ	<p>1. มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับ รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย</p> <p>2. คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ยกกลาง/เขต กำหนด</p> <p>3. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย</p>	<p>1. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC</p> <p>2. รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน</p> <p>3. มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย</p> <p>4. มีตัวเลขทั้งรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย</p>

มาตรการที่ 2 :

ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	<p>1. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด</p> <p>2. วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผน</p>	<p>1. มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด</p> <p>2. ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความ</p>

	<p>ทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis)</p> <p>3. ตรวจสอบอนุมัติ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด</p>	<p>เสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis)</p> <p>3. ผลการตรวจ อนุมัติ มีแผนการกำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด</p>
จังหวัด	<p>1. กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด</p> <p>2. ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด</p> <p>3. ตรวจสอบอนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน</p>	<p>1. มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด</p> <p>2. มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการในจังหวัด</p> <p>3. ผลการตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน</p>
หน่วยบริการ	<p>1. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของ เขต/ จังหวัด</p> <p>2. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>3. กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน รายเดือน (7 แผน)</p>	<p>1. หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p> <p>2. หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p>
<p>มาตรการที่ 3 :</p> <p>สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p>		
ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	<p>1. มีแนวทางการจัดซื้อจัดจ้างระดับเขต</p> <p>2. มีแนวทางการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง</p>	<p>1. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้</p> <p>2. มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับเขต</p>

	<p>3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการการกำกับ</p> <p>4.แผนประเมินประสิทธิภาพFAI (ไขว้จังหวัด)</p> <p>5.วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่</p>	<p>3.การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ทุกрайไตรมาส</p> <p>4.ประเมินประสิทธิ (FAI) ทุกрайไตรมาส</p> <p>5.มีระบบเฝ้าระวังและแผนการตรวจเยี่ยม</p>						
จังหวัด	<p>1.มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต</p> <p>2.การบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง</p> <p>3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการการกำกับ</p> <p>4.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)</p> <p>5.การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่</p>	<p>1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้</p> <p>2.ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ</p> <p>3.หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4.หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิ (FAI)</p> <p>5.แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่มีความเสี่ยง วิกฤติ</p>						
หน่วยบริการ	<p>1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต</p> <p>2. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง</p> <p>3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)</p>	<p>1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้</p> <p>2.ใช้แนวทาง แนวทางหลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับหน่วยบริการ</p> <p>3.ได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4.ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ (FAI)</p>						
<p>มาตรการที่ 4 :</p> <p>พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>แผนงาน/กิจกรรม</th> <th>ผลผลิต/ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เขต</td> <td>1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ</td> <td>1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน 2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์	เขต	1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ	1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน 2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด
ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์						
เขต	1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ	1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน 2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด						

	<p>สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p> <p>2. ควบคุม กำกับติดตาม ส่งข้อมูล ทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>3. จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชี ของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p>	<p>3. รายงานผลการตรวจสอบบัญชีของ หน่วยบริการ</p>
จังหวัด	<p>1. ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำ บัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไป ตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p> <p>2. ติดตามผลการประเมินคุณภาพ บัญชีของหน่วยบริการและนำมา พัฒนาให้ผ่านเกณฑ์</p> <p>3. ให้คำปรึกษา แนะนำการ ปฏิบัติงานด้านบัญชี</p>	<p>1. กำกับ ติดตามการส่งรายงาน ทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทุกเดือน</p> <p>2. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่าน เกณฑ์การประเมินรายเดือน</p>
หน่วย บริการ	<p>1. จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ส่งรายงานข้อมูลลงทดลองให้ เป็นตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>3. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับ การตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบ ภายในและภายนอก</p>	<p>1. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชี ที่มีคุณภาพรายเดือน</p> <p>2. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดย ผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง</p>

มาตรการที่ 5 :

พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	<p>1. แผนการประชุม CFO เขต</p> <p>2. แผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง</p>	<p>1. มีการประชุม CFO เขต รายไตรมาส</p>

	3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditor ใน ระดับเขตร่วมกับกระทรวง	2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditorร่วมกับ กระทรวง
จังหวัด	1. แผนการประชุม CFO จังหวัด 2.แผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/ เขต 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditor ใน ระดับจังหวัด	1.มีการประชุม CFO จังหวัด ราย ไตรมาส 2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/ เขต 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFO และAuditor ใน ระดับจังหวัด
หน่วย บริการ	1. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP 2.แผนการอบรมผู้บริหารหน่วย บริการ 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFOของหน่วย บริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นัก บัญชี เป็นต้น	1.มีการประชุม CFO ระดับ CUP รายไตรมาส 2.มีแผนการอบรมผู้บริหารหน่วย บริการ 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น

การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin

ระดับ	การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin
เขต	<p>1.เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>2.เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการมีให้ มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตาม แนวทางในข้อ 1 และ การอนุมัติ</p> <p>3.เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับ ใ้เฝ้าระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต</p> <p>4.เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทาง วิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin</p>

	<p>จังหวัด</p> <p>1.จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคู่กับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และมีระบบรายงานเขต</p> <p>2.จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตารางPlanFin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี EBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า 20% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรองน้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้เป็นระดับ 7</p> <p>3.จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มีกระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงานลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง</p> <p>4.จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงินตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และมีระบบรายงานเขต</p>
	<p>หน่วยบริการ</p> <p>1.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด</p> <p>2.บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>3.กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน (ทั้ง 7 แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>3.1 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>3.2 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p>

เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงาน การบริหารจัดการการเงินการคลัง

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

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
6	4	2	0

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน 2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัลดสรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผน ทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผน ทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผน ทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผน ทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ร้อยละ 0

วิธีการประเมินผล :

การวัด/วิเคราะห์

	<p>4. นางน้อมองค์ สายรัตน์</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574</p> <p>โทรสาร : 02-5901576</p> <p>5. นางสาวโณทัย ไชยपालะ</p> <p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574</p> <p>โทรสาร : 02-5901576</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : nimanong_15@hotmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : meawrnothai@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวโณทัย ไชยपालะ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574</p> <p>โทรสาร : 02-5901576</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail : meawrnothai@gmail.com</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัด	73. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์											
คำนิยาม	<p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation) ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ</p> <p>2. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนกลาง</p>											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.การเจนนับผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย</p> <p>1.1 หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (สำนักวิชาการสาธารณสุข)</p> <p>1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ</p> <p>1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข</p>											

	<p>1.4 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เข้ารับการประกวด และผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>1.5 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข และได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ฯ โดยนับเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ 6 ของปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงฉบับที่ 5 ของปีงบประมาณปัจจุบัน (วารสารวิชาการสาธารณสุข ผลิต 6 เล่ม/ปี)</p> <p>2. การนิเทศติดตามประเมินผล</p>																																
แหล่งข้อมูล	<p>1.หน่วยงานส่วนกลาง</p> <p>1.1.สำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ</p>																																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์																																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ																																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)																																
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>25</td> </tr> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>30</td> </tr> </table> <p>ปี 2563 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>35</td> </tr> </table> <p>ปี 2564 :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน+</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>40</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				25	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				30	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				35	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				40
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			25																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			30																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			35																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			40																														
วิธีการประเมินผล :	<p>โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว</p> <p>ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีดังนี้</p>																																

	<p>4. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748</p> <p>โทรสาร : 02-5919835 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายแพทย์ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ) (ด้านสาธารณสุข)</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901715 โทรศัพท์มือถือ : 081-6124480</p> <p>โทรสาร : 02-5901704 E-mail : pathom@health.moph.go.th</p> <p>2. ดร.ณัฐธญา พัฒนะวานิชนันท์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ ด้านกำลังคนสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรศัพท์มือถือ : 085-2476446</p> <p>โทรสาร : 02-5901704 E-mail : nattaya-pa@hotmail.com</p> <p>3. นางชนิดา กาจินะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238</p> <p>โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : numaewssj@hotmail.com</p> <p>4. ดร.จุฬาร กระเทศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929</p> <p>โทรสาร : 02-5901718-9 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p> <p>5. นางมยุรี จงศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060</p> <p>โทรสาร : 02-5919835 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>6. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748</p> <p>โทรสาร : 02-5919835 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	เขต และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	74. ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด
คำนิยาม	<p>รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการวิจัย การพัฒนาต่อยอดและการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย จึงได้กำหนดนโยบาย (ข้อ 8) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนาและนวัตกรรมให้สนับสนุนการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาของประเทศ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายให้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 1 ของรายได้ประชาชาติ และมีสัดส่วนรัฐต่อเอกชน 30: 70 ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จากนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงสนับสนุนให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมดต่อปี และสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีต่อไป โดยตัวชี้วัดนี้เป็นการรวบรวมงบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 และงบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยในปี พ.ศ. 2561 เท่านั้น</p> <p>งบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายใน การวิจัยตามโครงการวิจัย เช่น ค่าตอบแทน ค่าวัสดุ ค่าใช้สอย หรือนำเสนอผลงานวิจัย ฯลฯ ที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 (กรณีเป็นโครงการต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี ให้แสดงวงเงินที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณปัจจุบัน)</p> <p>การวิจัย หมายถึง การวิจัยด้านสุขภาพ การศึกษาค้นคว้า หาคำความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีสามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข</p> <p>งบประมาณทั้งหมด หมายถึง งบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 ได้แก่ เงินงบประมาณแผ่นดิน งบประมาณเงินรายได้ และ งบประมาณอื่น</p> <p>(1) งบประมาณแผ่นดิน หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานได้รับจัดสรรจากสำนักงานงบประมาณตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562</p> <p>(2) งบประมาณเงินรายได้ หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานได้จัดสรรรายรับนั้นตามระเบียบว่าด้วยเงินรายได้ ฯ และหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเงินรายได้ประจำปี เช่น รายได้ของค่าธรรมเนียม ค่าปรับ ค่าเช่า เป็นต้น</p>

(3) งบประมาณอื่น หมายถึง งบประมาณอื่น ๆ ที่ไม่จัดอยู่เป็นงบประมาณแผ่นดิน (ตามข้อ 1) และงบประมาณเงินรายได้ (ตามข้อ 2) เช่น เงินกองทุน เงินของแหล่งทุนที่ขอสนับสนุนงานวิจัย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มูลนิธิสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร เป็นต้น

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง หน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงานส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12

ร้อยละของงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมดต่อปี หมายถึง หน่วยงานส่วนกลาง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัย ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ.2561

เกณฑ์เป้าหมาย :

- 1) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5

- 2) หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	ร้อยละ 6

หมายเหตุ :

เป้าหมายรัฐบาล (ใช้อ้างอิง)

1. รัฐบาลลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แผน 5 ปี	แผน 10 ปี	แผน 15 ปี	แผน 20 ปี
ร้อยละ 1.5	ร้อยละ 2	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 3

2. ส่งเสริมให้ภาคเอกชน มีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัย

แผน 5 ปี	แผน 10 ปี	แผน 15 ปี	แผน 20 ปี
ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	ร้อยละ 10	ร้อยละ 12

วัตถุประสงค์	ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาต่อยอดการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสนองตอบต่อประเด็นเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาประเทศ และภารกิจของหน่วยงาน โดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัย และหน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่ได้รับงบประมาณการวิจัย ได้แก่ 1. หน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง ได้แก่ กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2. หน่วยงานส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจข้อมูลงบประมาณด้านการวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง								
แหล่งข้อมูล	1. เอกสารและข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2. โปรแกรมระบบตัวชี้วัด KPI ของกระทรวงสาธารณสุข จากการ Key In ของหน่วยงานส่วนกลาง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/								
รายการข้อมูล 1	A = งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยตามโครงการวิจัยทั้งหมด								
รายการข้อมูล 2	B = งบประมาณที่หน่วยงานได้รับทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
1) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง									
ปี 2561 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5 %</td> <td>1.0 %</td> <td>1.5 %</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5 %	1.0 %	1.5 %						
ปี 2562 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5 %</td> <td>1.0 %</td> <td>1.5 %</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5 %	1.0 %	1.5 %						
ปี 2563 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5 %</td> <td>1.0 %</td> <td>1.5 %</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5 %	1.0 %	1.5 %						
ปี 2564 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>0.5 %</td> <td>1.0 %</td> <td>1.5 %</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5 %	1.0 %	1.5 %						

2) หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัย

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1 %	2 %	3 %

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1 %	2 %	3 %	4 %

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2 %	3 %	4 %	5 %

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
3 %	4 %	5 %	6 %

วิธีการประเมินผล :

- ระยะเวลาในการประเมิน ภายในเดือนกันยายนของปีงบประมาณ
- จากผลการดำเนินงาน 4 ไตรมาส ของหน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง โดยจังหวัดเป็นผู้กรอกในโปรแกรมระบบตัวชี้วัด KPI ของกระทรวงสาธารณสุข <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/> (โปรแกรมจะแสดงเป็นภาพรวมของเขตสุขภาพ)

เอกสารสนับสนุน :

- รายงานผลการดำเนินงาน จำนวน 4 ไตรมาส จากหน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง และ หน่วยงานส่วนภูมิภาค จำนวน 12 แห่ง
- แผนงบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยตามโครงการวิจัยในปีงบประมาณ พ.ศ.2561

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละของ งบประมาณด้าน การวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของ งบประมาณทั้งหมด	ร้อยละ 1.5	-	-	3.46
หน่วยงานในสังกัด กระทรวง สาธารณสุข สนับสนุนเป็น	ร้อยละ 80	-	-	75

	ค่าใช้จ่ายในการวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของ งบประมาณทั้งหมด				
	ร้อยละของงานวิจัย ได้รับการสนับสนุน งบประมาณ	ร้อยละ 100	-	-	70.50
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒนาชัยกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : bengouy@hotmail.com สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1.สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2.หน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 8 แห่ง 3.หน่วยงานระดับเขต จำนวน 12 แห่ง รับผิดชอบติดตามข้อมูลจากหน่วยงานระดับจังหวัด ในเขต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางจิรภฎา วานิชชองกูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : ppproject2016@hotmail.com สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	75. ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น			
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> • ยากลุ่มเป้าหมาย/รายการยากลุ่มเป้าหมาย คือ ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า • ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า คือ ยาที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูง (เรียงลำดับ) โดยผลรวมมีมูลค่าร้อยละ 50 ของมูลค่าทั้งหมด โดยมี 3 เงื่อนไข คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) ต้องเป็นยาที่มีความจำเป็นทางสาธารณสุข 2) ไม่สามารถผลิตได้เอง หรือผลิตเองน้อย 3) มีความเป็นไปได้ในการผลิตหรือนำเข้าทดแทน 			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 20 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 50 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 80 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและวัคซีนในราคาที่สามารถซื้อได้ที่ตั้งอยู่บนหลักความยั่งยืน ภายในระบบประกันสุขภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภคยา กองทุนประกันสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สืบค้นจากฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 15 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้ คำปรึกษา เพื่อเตรียม ความพร้อมในการขึ้น ทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 30 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้ คำปรึกษา เพื่อ เตรียมความพร้อมใน การขึ้นทะเบียนตำรับ ยา	ร้อยละ 45 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายผ่าน กระบวนการให้ คำปรึกษา เพื่อ เตรียมความพร้อมใน การขึ้นทะเบียนตำรับ ยา	ร้อยละ 10 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ พร้อมจำหน่ายในเชิง พาณิชย์

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 20 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ พร้อมจำหน่ายในเชิง พาณิชย์

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 50 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ พร้อมจำหน่ายในเชิง พาณิชย์

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 80 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ

				พร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	
วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากรายงานสรุปผลการดำเนินงาน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ไม่มี		-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ปี 2561 - 2564 (ด้านการให้คำปรึกษา)				
	1. ภญ วรสุดา ยุงทอง		ผู้อำนวยการสำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : worasuda@fda.moph.go.th		
	ปี 2561 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ)				
	1. ภญ ดร ธารกมล จันทรประภาส		หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907028 โทรศัพท์มือถือ : 089-1420456 โทรสาร : 02-5918463 E-mail : tankamol@fda.moph.go.th		
	กลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
	2. ภญ ดวงกมล ภักดีสัตยพงศ์		หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907163 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5907164 E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายยุทธนา ดวงใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรสาร : 02-5917341 สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 080-7402923 E-mail : yuthtana@fda.moph.go.th
---	--	---

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	76. ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้รับอนุญาตผลิตยาที่มียานวัตกรรมที่อยู่ระหว่างวิจัยพัฒนา (โดยเฉพาะยาที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุข มีศักยภาพทางการตลาด) เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ครบถ้วน และมีคุณภาพเพียงพอในการขึ้นทะเบียนตำรับยา โดยกระบวนการให้คำปรึกษา 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice ● ยานวัตกรรม หมายถึง ยาแผนปัจจุบัน (ยาเคมี และ ยาชีววัตถุ) ยาจากสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย <p>ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ นักวิจัยที่มีเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมใหม่ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนา เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลวิชาการด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพียงพอในการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้ รูปแบบการให้คำปรึกษามี 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice ● เครื่องมือแพทย์นวัตกรรม หมายถึง เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (non-IVD) และเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (in vitro diagnostic: IVD) ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุขยาและเครื่องมือแพทย์ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุขหรือมีศักยภาพทางการตลาด เพื่อการพึ่งพาตนเองของประเทศ อันจะนำไปสู่ความมั่นคงด้านยาและเครื่องมือแพทย์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
แหล่งข้อมูล	1. รายงานจากสำนักยา 2. รายงานจากสำนักงานรณรงค์ประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3. รายงานจากหน่วยให้คำปรึกษาและส่งเสริมนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและได้รับการขึ้นทะเบียน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และผ่านการรับคำขอขึ้นทะเบียน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ได้รับการขึ้นทะเบียน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา การขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการ ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย.รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมอยู่ระหว่าง การพิจารณาของสำนักยาและกองทุนควบคุม เครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 28	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมผ่าน กระบวนการให้คำปรึกษา การขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการ ผลิตภัณฑ์ยาและ เครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมจัดเตรียม เอกสารเพื่อขึ้น ทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย.รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและ เครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมอยู่ระหว่าง การพิจารณาของสำนัก ยาและกองควบคุม เครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมได้รับการขึ้น ทะเบียน ร้อยละ 30

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมผ่าน กระบวนการให้คำปรึกษา การขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการ ผลิตภัณฑ์ยาและ เครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมจัดเตรียม เอกสารเพื่อขึ้น ทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย.รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและ เครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมอยู่ระหว่าง การพิจารณาของสำนัก ยาและกองควบคุม เครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมได้รับการขึ้น ทะเบียน ร้อยละ 35

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมผ่าน กระบวนการให้คำปรึกษา การขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการ ผลิตภัณฑ์ยาและ เครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมจัดเตรียม เอกสารเพื่อขึ้น ทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย.รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและ เครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมอยู่ระหว่าง การพิจารณาของสำนัก ยาและกองควบคุม เครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมได้รับการขึ้น ทะเบียน ร้อยละ 38

วิธีการประเมินผล :

พิจารณาจากรายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาและเครื่องมือแพทย์
ระหว่างวิจัย

เอกสารสนับสนุน :

รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	1. จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ผ่านระบบการให้คำปรึกษา	รายการ	-	-	12
	2. จำนวนรายการเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านระบบการให้คำปรึกษา	รายการ	-	-	10
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>● ผลิตภัณฑ์ยา</p> <p><u>ปี 2560 - 2561 (ด้านการให้คำปรึกษาด้านยา)</u></p> <p>1. ญญ. วรสุดา ยุงทอง ผู้อำนวยการสำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : worasuda@fda.moph.go.th</p> <p><u>ปี 2562 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับยา)</u></p> <p>2. ญญ. ดร. ธารกมล จันทระภาพ หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาออกนอกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907028 โทรศัพท์มือถือ : 089-1420456 โทรสาร : 02-5918463 E-mail : tankamol@fda.moph.go.th</p> <p>3. ญญ. ดวงกมล ภักดีสัตยพงศ์ หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907163 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5907164 E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th</p> <p>● ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</p> <p><u>1. ด้านการให้คำปรึกษาด้านเครื่องมือแพทย์</u></p> <p>1. ดร. ญญ.สิรินมาส คัชมาตย์ หัวหน้างานพัฒนาระบบ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907149 โทรศัพท์มือถือ : 094-0680068 โทรสาร : 02-5918445 E-mail : katchams@fda.moph.go.th</p>				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์			
ลักษณะ	เชิงปริมาณ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	77. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย			
คำนิยาม	ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ หมายถึง ตำรับยาที่ได้รับการคัดเลือกจาก ตำรับยาแผนไทยของชาติ ตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ ตำรายาเกร็ด/ตำรับยาของชุมชน/แพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้านที่มีประสิทธิภาพการใช้อย่างกว้างขวาง เภสัชตำรับโรงพยาบาลและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยได้รับการพิจารณา กลั่นกรองตามหลักเกณฑ์ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทยกำหนด และผ่านความเห็นจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ	ประกาศตำรับยาแผนไทยแห่งชาติอย่างน้อย 500 ตำรับ ในราชกิจจานุเบกษา และจัดพิมพ์ตำรายาแผนไทยแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อคัดเลือก กลั่นกรอง วิเคราะห์รายการตำรับยาแผนไทย ที่ได้รับการประกาศคุ้มครองเป็นตำรับยาแผนไทยของชาติแล้ว 2. เพื่อกำหนด และประกาศเป็นรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตำรับยาแผนไทยของชาติที่รัฐมนตรีประกาศ 2. ตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ 3. ตำรายาเกร็ด ตำรับยาของชุมชน/แพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้าน 4. บัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 5. ประกาศกระทรวง เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ พ.ศ. 2556 6. เภสัชตำรับโรงพยาบาลจากสมุนไพร 			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ถ่มน้ำลาย คัดเลือกตำรับยาจากประชากรกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลตำรับยาจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ได้รับการถ่มน้ำลายและคัดเลือกตามหลักเกณฑ์อย่างน้อย 100 ตำรับ/ปี (ปีงบประมาณ 2561-2562)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการถ่มน้ำลาย คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. ได้ผลการถ่มน้ำลายตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 25 ตำรับ</p>	<p>1. มีการถ่มน้ำลาย คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. ได้ผลการถ่มน้ำลายตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 50 ตำรับ</p>	<p>1. มีการถ่มน้ำลาย คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. ได้ผลการถ่มน้ำลายตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 75 ตำรับ</p>	<p>1. ได้ผลการถ่มน้ำลายตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 100 ตำรับ (ยอดสะสม 200 ตำรับ ในปี 2560-2561)</p> <p>2. รับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แพทย์แผนไทย และผู้ประกอบการผลิตยาแผนไทยที่คัดเลือก</p> <p>3. มีเอกสารต้นฉบับ เพื่อเตรียมการจัดพิมพ์และเผยแพร่</p>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			100 ตำรับ

ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100 ตำรับ	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				500 ตำรับ (ผลงานปีงบประมาณ 2560-2564) รวบรวม จัดทำเป็นประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจา นุเบกษา และจัดพิมพ์ เป็นตำรายาแผนไทย แห่งชาติ	
วิธีการประเมินผล :	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านการคัดเลือกแต่ละปี				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ต้นฉบับตำรับยาแผนไทยของชาติที่ผ่านการกลั่นกรองและคัดเลือก รายงานการประชุมคณะทำงานกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 3 คณะ รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ รายงานการประชุมคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตำราการแพทย์แผนไทยที่ใช้อ้างอิง 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ	ตำรับ	-	-	82 (ณ 21 ส.ค. 60)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ภญ.ดร.อัญชลี จุฑะพุทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรสาร : 02-5914409</p> <p>สำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ</p> <p>2. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>3. นายนนทศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608 โทรสาร : 02-5911095</p> <p>กองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</p>	<p>ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900 E-mail : anchaleeuan@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-4829029 E-mail : krittatach.dtam@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>2. นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์</p> <p>3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	78. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ
คำนิยาม	<p>1. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง การใช้องค์ความรู้ ทักษะการบริหารจัดการ ประสบการณ์ทางด้านวิทยาศาสตร์ และด้านเทคโนโลยี เพื่อการคิดค้น การประดิษฐ์ การพัฒนา การผลิตสินค้า การบริการ กระบวนการผลิต และจัดการองค์ความรู้ในรูปแบบใหม่ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยนวัตกรรมดังกล่าว ไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่หมายรวมถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือสาธารณสุขได้</p> <p>2. เทคโนโลยีสุขภาพ หมายถึง วิทยาการที่นำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ ไม่ว่าจะในทางใดในด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>3. การพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ หมายถึง การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนา เพื่อให้ได้องค์ความรู้ไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่
เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เพิ่มขึ้น	เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เพิ่มขึ้น	เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เพิ่มขึ้น	เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เพิ่มขึ้น	เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เพิ่มขึ้น
จากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	จากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	จากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	จากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	จากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์
ร้อยละ 10 (เปรียบเทียบจาก	ร้อยละ 15 (เปรียบเทียบจาก	ร้อยละ 20 (เปรียบเทียบจาก	ร้อยละ 25 (เปรียบเทียบจาก	ร้อยละ 25 (เปรียบเทียบจาก

	จำนวนข้อมูลจาก ฐานข้อมูล นวัตกรรมด้าน วิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)	จำนวนข้อมูลจาก ฐานข้อมูล นวัตกรรมด้าน วิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)	จำนวนข้อมูลจาก ฐานข้อมูล นวัตกรรมด้าน วิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)	จำนวนข้อมูลจาก ฐานข้อมูล นวัตกรรมด้าน วิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วย นวัตกรรมและองค์ความรู้ขององค์กร				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 2. นักวิจัย 3. สถานศึกษา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูลงานวิจัยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ปี พ.ศ.2502 - ปัจจุบัน)				
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณที่ ต้องการวัด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
แต่งตั้งคณะกรรมการ ขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการผลิต นวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2561	รายงานผล ความก้าวหน้าการ ผลิตนวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข	จำนวนนวัตกรรมที่ คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอด การให้บริการด้าน สุขภาพ ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ร้อยละ 10 (เปรียบเทียบจาก		

			จำนวนข้อมูลจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)
--	--	--	--

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการผลิต นวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2562	รายงานผล ความก้าวหน้าการ ผลิตนวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข	จำนวนนวัตกรรมที่ คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอด การให้บริการด้าน สุขภาพ ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ร้อยละ 15 (เปรียบเทียบจาก จำนวนข้อมูลจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการผลิต นวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2563	รายงานผล ความก้าวหน้าการ ผลิตนวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข	จำนวนนวัตกรรมที่ คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอด การให้บริการด้าน สุขภาพ ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์

				ร้อยละ 20 (เปรียบเทียบจาก จำนวนข้อมูลจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)
--	--	--	--	--

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการผลิต นวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2563	รายงานผล ความก้าวหน้าการ ผลิตนวัตกรรม ด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข	จำนวนนวัตกรรมที่ คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอด การให้บริการด้าน สุขภาพ ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ร้อยละ 25 (เปรียบเทียบจาก จำนวนข้อมูลจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560)	

วิธีการประเมินผล : ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ฐานข้อมูลงานวิจัย กรมวิทยาศาสตร์กา รแพทย์ (ปี พ.ศ. 2502 - ปัจจุบัน)	เรื่อง	เรื่อง	47	58	17

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางเดือนฉนอม พรหมขัติแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>2. นางสาวรวงคณา อ่อนทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868</p>	<p>นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวรวงคณา อ่อนทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>2. นายจุมพต สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jumepote.s@dmsc.mail.go.th</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์											
ลักษณะ	เชิงปริมาณ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	79. จำนวนงานวิจัยสมุนไพรงานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด											
คำนิยาม	<p>งานวิจัยสมุนไพรงานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรวัดเดียวและตำรับ</p> <p>การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปใช้จริงทางการแพทย์และในระบบบริการสาธารณสุข</p> <p>การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้นทะเบียนได้ และ/หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 เรื่อง</td> <td>12 เรื่อง</td> <td>14 เรื่อง</td> <td>16 เรื่อง</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	10 เรื่อง	12 เรื่อง	14 เรื่อง	16 เรื่อง
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
10 เรื่อง	12 เรื่อง	14 เรื่อง	16 เรื่อง									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เกิดกระบวนการวิจัยแบบครบวงจรห่วงโซ่ถึงขั้นตอนการนำไปใช้ประโยชน์ 2. เพื่อต่อยอดและส่งต่องานวิจัยที่มีศักยภาพไปสู่การประโยชน์ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สมุนไพรวัดเดียว สมุนไพรรักษา องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นวัตกรรมและผลิตภัณฑ์สมุนไพรม											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายการวิจัย โดยมีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อ											
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ 											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงานวิจัยสมุนไพรงานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด 10 เรื่องต่อปี											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประมวลองค์ความรู้ งานวิจัย/องค์ความรู้ ที่ได้จากการศึกษา และพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร เพื่อนำมาใช้จริงทางการ แพทย์ หรือทางการ ตลาด	- รวบรวมและ คัดเลือก ผลการวิจัย/ องค์ความรู้ที่ได้จาก การศึกษาและ พัฒนา ด้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ ทางเลือกและ สมุนไพร และ ดำเนินการ ให้ได้ครบ ทั้ง 10 เรื่อง	- ประสาน/วางแผน/ ดำเนินการนำ งานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จาก การศึกษาและ พัฒนาด้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ ทางเลือกและ สมุนไพร มาใช้จริง ทางการแพทย์ หรือการตลาด	- มีงานวิจัย/ องค์ความรู้ที่ได้ จากการศึกษาด้าน การแพทย์แผน ไทยการแพทย์ ทางเลือกและ สมุนไพร หรือ การตลาด จำนวน 10 เรื่อง

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			14 เรื่อง

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			16 เรื่อง

วิธีการประเมินผล :

การสำรวจงานวิจัยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร

เอกสารสนับสนุน :

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
จำนวนงานวิจัยที่มีการส่ง ต่อและนำไปใช้ประโยชน์	จำนวน เรื่อง	-	-	9

ข้อมูลสิ้นสุด ณ 11 สิงหาคม 2560

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ดร.ภญ.มณฑกา อีรัชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2243247 โทรสาร : 02-2243247 สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นางสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495692 โทรสาร : 02-1495693 กองการแพทย์พื้นบ้านไทย</p> <p>3. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>4. ภก.สมนึก สุขัยธนาวิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5647889 โทรสาร : 02-5647889 ต่อ 26 กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร</p> <p>5. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-1495636 โทรสาร : 02-1495636 สำนักการแพทย์ทางเลือก</p> <p>6. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรสาร : 02-1495677 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน</p> <p>7. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 สำนักยุทธศาสตร์</p>	<p>ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 083-1774297 E-mail : monthaka.t@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองการแพทย์พื้นบ้านไทย โทรศัพท์มือถือ : 081-3727660 E-mail : saowanee@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร โทรศัพท์มือถือ : 089-7600592 E-mail : somnuekster@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-8723270 E-mail : tewantha@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางกรรณา ทศพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490	โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816
	โทรสาร : 02-9659490	E-mail : karunathailand4.0@gmail.com
	2. นางสาวศศิธร ไหญ่สถิตย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490	โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521	
โทรสาร : 02-9659490	E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com	
สำนักยุทธศาสตร์		
3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809	โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989	
โทรสาร : 02-9510218	E-mail : sukunya0210@gmail.com	
กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร		

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	15. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	80. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
คำนิยาม	<p>กฎหมาย หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติและอนุบัญญัติ กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ หมายถึง กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขที่ต้อง ออกตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 5 เรื่อง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 2. กฎหมายให้บริการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 3. กฎหมายช่วยเหลือมารดา ก่อนและหลังคลอด 4. กฎหมายหลักประกันสุขภาพ 5. กฎหมายการแพทย์ปฐมภูมิ <p>กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติที่เร่งด่วน หมายถึง กฎหมายประกาศใช้แล้วและต้อง ออกอนุบัญญัติโดยด่วนประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558 2. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 3. พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558 4. พระราชบัญญัติวิชาชีพรักษานวัตกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 5. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 6. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 7. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 <p>กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน หมายถึง ร่างกฎหมายที่ร่างแล้วเสร็จออกไปจาก กระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่ยังไม่มียกบังคับใช้เป็นกฎหมาย จำนวน 7 ฉบับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 3. ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเซลล์บำบัด พ.ศ. 4. ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. 5. ร่างพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 6. ร่างพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 7. ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ.

กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตาม หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนหรือกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน

การแก้ไข หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการนิติบัญญัติในการออกกฎหมาย การแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการแปลกฎหมายกรณีกฎหมายที่ออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนต้องมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายลงในราชกิจจานุเบกษา กรณีกฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามให้สิ้นสุดกระบวนการเมื่อรัฐมนตรีลงนามส่งเรื่องไปสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

การแปลกฎหมาย หมายถึง การแปลกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติจาก ภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 39 ฉบับที่ตามรายชื่อแนบท้าย Template

การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

ในปีงบประมาณ 2560 จะบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญรวม 3 ประเด็น คือ

1. คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์
2. การโฆษณาที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ
3. การจัดการกับขยะมูลฝอย

ทั้งนี้ ตามรายชื่อกฎหมายแนบท้าย Template นี้

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด: ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ **ตัวชี้วัดย่อยที่ 1** ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา เป้าหมายมากกว่า ≥ 4

พิจารณาจากความสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายปีงบประมาณแยกเป็น 4 กลุ่มมีเป้าหมายดังนี้

กลุ่ม 1 กฎหมายออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนเป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

กลุ่ม 2 กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน เป้าหมาย ร้อยละ 50

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50

กลุ่ม 3 กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามเป้าหมาย ร้อยละ 60

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60

กลุ่ม 4 การแปลกฎหมาย เป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 90

กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 4 องค์ประกอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ

องค์ประกอบ	การดำเนินการ
1.	ต้องกำหนดการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงให้ความสำคัญเป็นตัวชี้วัดของนิติกรและผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านกฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและวางแผนการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย 1 ประเด็นของกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บังคับใช้
2.	เข้าร่วมการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นในทุกช่องทางร้อยละ 75 ของที่มีการจัด
3.	ต้องมีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัดทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นดังนี้ - คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ เครือข่ายได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัด - การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเครือข่าย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพของเอกชนในจังหวัด สถานีวิทยุ โทรทัศน์หรือผู้ประกอบการสื่อสิ่งพิมพ์ในจังหวัดเจ้าหน้าที่สรรพสามิต พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการในจังหวัด - การจัดการกับขยะมูลฝอยเครือข่ายได้แก่ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการภายในจังหวัด โดยกิจกรรมที่ทำอาจเป็นการเชิญเข้ามาเป็นเครือข่ายหรือเชิญเข้าประชุมการบังคับใช้กฎหมายแต่ละเรื่อง หรือสร้างความสัมพันธ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือเข้ามาเป็นวิทยากรในการอบรมภายในจังหวัดหรือช่วยออกตรวจ หรือขอให้ร่วมประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องสร้างเครือข่ายอย่างน้อย 1 เครือข่ายตามประเด็นกฎหมายที่จะบังคับใช้
4.	ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย ดังนี้ 1. มีกิจกรรมในเชิงบวกประชาสัมพันธ์และป้องปรามออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง หรือ 2. มีการใช้มาตรการลงโทษร้องทุกข์ดำเนินคดี หรือลงโทษเรื่องที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด โดยขอให้รายงานกระทรวงสาธารณสุขทราบพร้อมหลักฐานทุก 6 เดือน

เกณฑ์การให้คะแนน				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 50 38 แห่ง	สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 60 46 แห่ง	สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 70 53 แห่ง	สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 80 61 แห่ง	สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 90 68 แห่ง
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน 2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต 			
รายการข้อมูล 1 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	A = คะแนนกลุ่ม 1			
รายการข้อมูล 2 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	B = คะแนนกลุ่ม 2			
รายการข้อมูล 3 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	C = คะแนนกลุ่ม 3			
รายการข้อมูล 4 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	D = คะแนนกลุ่ม 4			
รายการข้อมูล 5 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	E = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ครบองค์ประกอบ			
รายการข้อมูล 6 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	F = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด			

สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 1	เกณฑ์การให้คะแนนปี 2560						
	กลุ่ม/คะแนน	1	2	3	4	5	
	กลุ่ม 1	60	70	80	90	100	
	กลุ่ม 2	60	65	70	75	80	
	กลุ่ม 3	40	45	50	55	60	
	กลุ่ม 4	60	70	80	90	100	
	จำนวนกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบทั้งหมด = (A+B+C+D)/4						
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ตามที่กำหนด = (E/F) × 100						
ระยะเวลาประเมินผล	1. ร้อยละของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขทำการประเมินไตรมาส 4 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทำการประเมินไตรมาส 2 และ 4						
เกณฑ์การประเมิน 1. ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา ปี 2561 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		-		-		-	
ปี 2562 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		-		-		-	
ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		-		-		-	
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
-		-		-		-	
2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ปี 2561 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2560 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ							

ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2561 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ					
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2562 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ					
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2563 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ					
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา พิจารณาจากผลสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 				
เอกสารสนับสนุน :	แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นางสุดา ทองผดุงโรจน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901438 โทรสาร : 02-5901434 ผู้อำนวยการกองกฎหมาย นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434 นิติกรชำนาญการพิเศษ นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434 นิติกรชำนาญการพิเศษ นายกิตติ พวงกนก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรสาร : 02-5901434 นิติกรชำนาญการพิเศษ 				

ภาคผนวก

ก

(ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

1. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team)
2. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus)
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation)
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)
6. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care)

2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

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

UCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	สำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	cross functional เป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวนอน และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน	มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมันศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need) หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา</u> ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู)และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	สำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายมีส่วนร่วม</u> ในการดำเนินงานด้าน <u>สุขภาพ</u>	ดำเนินการให้ <u>ชุมชน และภาคีเครือข่าย ร่วม</u> <u>รับรู้ ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพ ในงานที่ <u>หลากหลายและขยาย</u> <u>วงกว้างเพิ่มขึ้น</u>	<u>ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี</u> <u>ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ <u>กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u> <u>และมีการขยายวงได้ค่อนข้าง</u> <u>ครอบคลุม</u>	<u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายร่วมคิด ร่วม</u> <u>วางแผน ร่วม</u> ดำเนินการด้านสุขภาพ <u>และมีการทบทวน</u> <u>เรียนรู้ ปรับปรุง</u> <u>กระบวนการมีส่วนร่วม</u> ให้เหมาะสมมากขึ้น	<u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายร่วม</u> <u>ดำเนินการอย่างครบ</u> <u>วงจร รวมทั้งการ</u> <u>ประเมินผล จนร่วม</u> <u>เป็นเจ้าของการ</u> <u>ดำเนินงานเครือข่าย</u> <u>บริการปฐมภูมิ</u>	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ <u>ชัดเจน หรือเริ่ม</u> <u>ดำเนินการในการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้างความ</u> <u>พึงพอใจของบุคลากร</u>	มีการขยายการ <u>ดำเนินการตามแนวทาง</u> <u>หรือวิธีการในการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้างความ</u> <u>พึงพอใจของบุคลากร</u> <u>เพิ่มขึ้นในแต่ละ</u> <u>หน่วยงาน หรือในแต่ละ</u> <u>ระดับ</u>	ดำเนินการตามแนวทาง <u>หรือวิธีการดูแลพัฒนาและ</u> <u>สร้างความพึงพอใจ และ</u> <u>ความผูกพัน</u> (engagement) ของ <u>บุคลากรให้สอดคล้องกับ</u> <u>ภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็น</u> <u>ระบบ</u>	<u>เครือข่ายสุขภาพมีการ</u> <u>เรียนรู้ ทบทวน</u> <u>กระบวนการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้างความ</u> <u>ผูกพันของบุคลากรให้</u> <u>สอดคล้องกับบริบท</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้บุคลากรมี</u> <u>ความสุข ภูมิใจ รับรู้</u> <u>คุณค่าและเกิดความ</u> <u>ผูกพันในงานของ</u> <u>เครือข่ายบริการปฐม</u> <u>ภูมิ</u>	<i>ความผูกพัน (engagement)</i> หมายถึง การที่บุคลากรมีความ <i>กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานใน</i> <i>หน้าที่ และในงานที่ได้รับ</i> <i>มอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้</i> <i>บรรลุพันธกิจขององค์กร</i>

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน	มีการ <u>ดำเนินการร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ในบาง <u>ประเด็น หรือบางระบบ</u>	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร <u>ร่วมกัน</u> อย่างเป็นระบบและ <u>ครอบคลุม</u> ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตาม เป้าหมายของเครือข่าย สุขภาพ	มีการ <u>ทบทวนและปรับปรุงการจัดการ</u> ทรัพยากร และพัฒนา <u>บุคลากร</u> ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกันโดย <u>ยึดเป้าหมายของ เครือข่ายสุขภาพ (ไม่มี กำแพงกัน)</u> และมีการ <u>ใช้ทรัพยากรจาก</u> ชุมชน ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้า (input) ของการทำงาน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ในแต่ละกลุ่ม ตามบริบท ของชุมชน	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท และตามความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหาสูง</u>	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพ ตามบริบท ตามความ ต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และ ชุมชนที่ <u>ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา <u>อย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการ <u>จัดระบบดูแล สุขภาพอย่างบูรณาการ</u> ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี	Essential Care หมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับ ประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และเป็นไปตาม ศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐม ภูมิ

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

ประเด็นที่ 1: ผักและผลไม้สด

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
คำนิยาม	<p>1. ผักและผลไม้สด หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี</p> <p>2. สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์</p> <p>3. สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดได้รับพัฒนา หมายถึง สถานที่ผลิตตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ได้รับการพัฒนาตามคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</p> <p>4. สถานที่ผลิตเป้าหมาย หมายถึง สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้เป็นสถานที่ที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้เป็นสถานที่ที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่าง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก (ข้อมูลจากวันที่ 30 สิงหาคม 2560) เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กำหนดสถานที่ผลิต

เป้าหมายในการดำเนินงาน ภายในวันที่ 15 กันยายน 2560 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัด 1-1)

2. สสจ. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ ออ. ส่งให้ และยืนยันจำนวนสถานที่ผลิตเป้าหมายและระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวังใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กลับมายัง ออ. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 25 กันยายน 2560

3. สสจ. ตรวจสอบและพัฒนาความพร้อมสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 (ภายในเดือน ธันวาคม 2560)

3.1.1 สสจ. ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งที่มี อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัด)

3.1.1.1 กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์

(1) สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดทุกชนิดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ที่มีอยู่ในสถานที่ผลิตเป้าหมาย และรายงานในรูปแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

(2) ส่งแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 และเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) มายัง ออ. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

3.1.1.2 กรณีสถานที่ผลิตไม่ผ่านตามเกณฑ์

(1) กรณีสถานที่ผลิตที่ไม่ผ่านการตรวจประเมินในครั้งที่ 1 เป็นสถานที่ผลิตเป้าหมาย ขอให้ สสจ. กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างภายหลังจากการพัฒนาสถานที่ผลิตเป้าหมายมายัง ออ. ภายในวันที่ 15 มกราคม 2561

(2) ให้คำแนะนำในการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านในการตรวจประเมินครั้งที่ 1 ทุกแห่งตามคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด และดำเนินการตามแนวทางข้อ 3.2 (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัด)

3.2 ครั้งที่ 2 (ภายในเดือน มีนาคม 2561)

3.2.1 ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านในครั้งที่ 1 โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัด)

3.2.2 กรณีเป็นสถานที่ผลิตเป้าหมาย ขอให้ สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดทุกชนิดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ และรายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

3.2.3 ส่งแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 และเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) มาอัย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

4. กรณีที่จังหวัดไม่มีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ขอให้ สสจ. ดำเนินการ ดังนี้

4.1 กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง ณ สถานที่จำหน่าย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 1-1) และส่งกลับมาอัย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 25 กันยายน 2560

4.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ณ สถานที่จำหน่ายค้าปลีกหรือค้าส่ง ในจังหวัดนั้น และรายงานผลในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาสถานที่จำหน่ายต่อไป (ภายในเดือนธันวาคม 2560)

4.3 รายงานผลการดำเนินงานทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

หมายเหตุ

1. ปริมาณตัวอย่างผักและผลไม้สดที่เก็บเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ แสดงในเอกสารชี้แจง KPI Template ในส่วนของภาคผนวก

2. การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า

- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
- ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

5. สสจ. รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือ แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงาน ดังนี้

		ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน		
		1	ภายใน 20 ธ.ค. 60		
		2	ภายใน 20 มี.ค. 61		
		3	ภายใน 20 พ.ค. 61		
	หมายเหตุ : ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป 6. อย. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ				
แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์				
รายการข้อมูล 3	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช $= (A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อย.	<ul style="list-style-type: none"> ป.สธ เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในประเทศ จัดทำคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต(คัดและบรรจุ) ผักและ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ จัดอบรมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามกฎหมายให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ ร่วมติดตามการพัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด รายงานผลในระบบ Dashboard ของ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ สื่อ ประชาสัมพันธ์ ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่ พัฒนาสถานที่จำหน่าย (ค้าปลีก/ค้าส่ง) จัดทำฐานข้อมูลความปลอดภัยของผักและผลไม้สด 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถานการณ์การเฝ้าระวังผักและผลไม้ในประเทศ จัดกิจกรรมเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลในระบบ Dashboard ของ

		ผลไม้สด และ แนวทางการ ปฏิบัติตาม กฎหมาย สำหรับ เจ้าหน้าที่และ ผู้ประกอบการ •รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง สาธารณสุข	•รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง สาธารณสุข
เกณฑ์การประเมิน (ต่อ) :	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในจังหวัด ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งที่มีอยู่ในจังหวัด ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย ติดตามตรวจสอบการพัฒนาสถานที่ผลิต (ผักและผลไม้สด) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์และตรวจประเมินซ้ำ สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตเป้าหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> สรุปผลการดำเนินงานและส่งต่อข้อมูลให้สำนักงานเกษตรจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th

รายชื่อผักหรือผลไม้สด

แบบท้ายตัวชี้วัด: ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลไม้สด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ¹
กล้วย (banana)	<i>Musa</i> spp.
เกาลัด (chestnuts)	<i>Castanea</i> spp.
แก้วมังกร (dragon fruit/pitaya)	<i>Hylocereus</i> spp.; <i>Hylocereus undatus</i> (Haw.) Britton & Rose; <i>Hylocereus megalanthus</i> (K. Schum. ex Vaupel) Ralf Bauer; <i>Hylocereus polyrhizus</i> (F.A.C. Weber) Britton & Rose; <i>Hylocereus ocamponis</i> (Salm-Dyck) Britton & Rose; <i>Hylocereus triangularis</i> (L.) Britton & Rose
แตงเทศ ได้แก่ แคนตาลูป (cantaloupe) และเมลอน (melon)	<i>Cucumis melo</i> L.
เงาะ (rambutan)	<i>Nephelium lappaceum</i> L.
ชมพู่ (java apple; wax jambu; wax apple; rose apple)	<i>Syzygium samarangense</i> (Blume) Merr. & L.M. Perry Syn. <i>Eugenia javanica</i> L.
แตงโม (watermelon)	<i>Citrullus lanatus</i> (Thunb.) Matsum. & Nakai Syn. <i>Citrullus vulgaris</i> Schrad.; <i>Colocynthis citrullus</i> (L.) Kuntze
ทับทิม (pomegranate)	<i>Punica granatum</i> L.
ฝรั่ง (guava)	<i>Psidium guajava</i> L.
พุทรา (jujube, Indian)	<i>Ziziphus mauritiana</i> L.; Syn. <i>Ziziphus jujuba</i> Mill.
มะม่วง (mango)	<i>Mangifera indica</i> L.
มะละกอ (papaya)	<i>Carica papaya</i> L.
ละมุด (sapodilla)	<i>Manilkara zapota</i> L.; Syn. <i>Manilkara achras</i> (Mill.) Fosberg; <i>Achras zapota</i> L.
ลำไย (longan)	<i>Dimocarpus longan</i> Lour.; Syn. <i>Nephelium longana</i> Cambess.; <i>Euphoria longana</i> Lam.
สตรอว์เบอร์รี่ (strawberries)	<i>Fragaria</i> × <i>ananassa</i> (Duchesne ex Weston) Duchesne ex Rozier
ส้มเปลือกอ่อน (mandarins)	<i>Citrus reticulata</i> Blanco และลูกผสม รวมทั้ง <i>Citrus nobilis</i> Lour.; <i>Citrus deliciosa</i> Ten.; <i>Citrus tangarina</i> Hort.; <i>Citrus mitis</i> Blanco Syn. <i>Citrus madurensis</i> Lour.; <i>Citrus unshiu</i> Marcow

¹ อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ผลไม้สด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ²
ส้มเปลือกไม่ลอก (oranges) เช่น ส้มเกลี้ยง	<i>Citrus sinensis</i> Osbeck, <i>Citrus aurantium</i> L. รวมทั้งลูกผสมและชนิด <i>Citrus myrtifolia</i> Raf.; <i>Citrus salicifolia</i> Raf.
สาหลี่ (pear, oriental; Chinese pear; nashi pear; sand pear; snow pear)	<i>Pyrus pyrifolia</i> (Burm. f.) Nakai; <i>Pyrus lindleyi</i> Rehder; <i>Pyrus nivalis</i> Jacq.
องุ่น (grapes)	<i>Vitis vinifera</i> L.
แอปเปิล (apple)	<i>Malus domestica</i> Borkh.
ผักสด	
กระเทียม (garlic) กระเทียมโทน และกระเทียมจีน (onion, Chinese)	<i>Allium sativum</i> L. and <i>Allium chinense</i> G. Don; Syn. <i>Allium bakeri</i> Regel
กะหล่ำดอก (cauliflower) รวมทั้งกะหล่ำเจดีย์ (romanesco broccoli)	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>botrytis</i> L.
กะหล่ำปลี (cabbages) รวมทั้งกะหล่ำปลีโยน	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>capitata</i> L.
กุยช่าย (chives, Chinese)	<i>Allium tuberosum</i> Rottler ex Spreng.
ข่า (galangal)	<i>Languas galanga</i> (L.) Stunz; Syn. <i>Alpinia galanga</i> Sw.; <i>Languas officinarum</i> (Hance) Farwell; Syn. <i>Alpinia officinarum</i> Hance <i>Kaempferia galanga</i> L.
คะน้า (Chinese broccoli; Chinese kale)	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>alboglabra</i> (L.H. Bailey) Musil
แครอท (carrot)	<i>Daucus carota</i> L.
ต้นหอม (spring onion) และต้นหอมญี่ปุ่น (onion, welsh; Japanese bunching onion; Chinese small onion; green onion)	<i>Allium cepa</i> L., White Portugal and <i>Allium fistulosum</i> L.
ถั่วงอก (bean sprout)	<i>Vigna radiata</i> (L.) R. Wilczek
ใบตำลึง (ivy gourd)	<i>Coceinia grandis</i> (L.) Voigt
แตงกวา แตงร้าน (cucumber)	<i>Cucumis sativus</i> L.
ถั้วฝักยาว (yard-long bean)	<i>Vigna unguiculata</i> subsp. <i>sesquipedalis</i> (L.) Verdc.
ถั้วลันเตา (garden pea)	<i>Pisum sativum</i> var. <i>sativum</i>
บร็อกโคลี (broccoli) รวมทั้ง กะหล่ำดอกอิตาเลียน (broccoli, sprouting) แขนง	<i>Brassica oleracea</i> L. var. <i>italica</i> Plenck

² อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ผักสด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ³
กะเพรา โหระพา ใบแมงลัก (basil)	<i>Ocimum basilicum</i> L.; <i>Ocimum x africanum</i> Lour.; <i>Ocimum basilicum</i> L. <i>Ocimum x citrodorum</i> Vis.; <i>Ocimum minimum</i> L.; <i>Ocimum americanum</i> L.; <i>Ocimum gratissimum</i> L.; <i>Ocimum tenuiflorum</i> L.
ใบบัวบก (pennywort)	<i>Centella asiatica</i> (L.) Urb.
ผักปวยเล้ง (spinach)	<i>Spinacia oleracea</i> L.
ผักกาดขาวปลี (Chinese cabbage)	<i>Brassica rapa</i> L. subsp. <i>pekinensis</i> (Lour.) Kitam. Syn. <i>Brassica pekinensis</i> (Lour.) Rupr., <i>Brassica rapa</i> var. <i>pekinensis</i> (Lour) Olsson
ผักโขม (amaranth)	<i>Amaranthus</i> spp.
ผักบุ้ง (kangkung/water spinach)	<i>Ipomoea aquatica</i> Forssk.
พริกเผ็ด (chili) รวมทั้งพริกชี้ฟ้า พริกหนุ่ม	<i>Capsicum annuum</i> L. พันธุ์ที่เผ็ดร้อน
พริกหวาน (peppers, sweet /peppers, bell) รวมทั้งปราปิกา (prapika)	<i>Capsicum annuum</i> var. <i>grossum</i> (Willd.) Sendt. and <i>Capsicum annuum</i> var. <i>longum</i> (DC.) Sendt.
ฟักทอง (pumpkins)	<i>Cucurbita maxima</i> Duchesne; <i>Cucurbita argyrosperma</i> C. Huber; <i>Cucurbita</i> <i>moschata</i> Duchesne; <i>Cucurbita pepo</i> L. and <i>Cucurbita pepo</i> subsp. <i>pepo</i>
มะเขือเทศ (tomato)	<i>Lycopersicon esculentum</i> Mill. Syn. <i>Solanum lycopersicum</i> L.
มะเขือเปราะ (Thai eggplant)	<i>Solanum undatum</i> Lam.
มันฝรั่ง (potato)	<i>Solanum tuberosum</i> L.
หอมแดง (shallot)	<i>Allium cepa</i> L. var. <i>aggregatum</i> G. Don.
เห็ด (mushrooms) ที่เพาะเลี้ยง เช่น เห็ดโคนญี่ปุ่น, เห็ดโคนซิเมจิ, เห็ดหูหนูดำ, เห็ดหลินจือ, เห็ดหอม, เห็ดฟาง, เห็ดหูหนูขาว เป็นต้น	เช่น <i>Agaricus</i> spp. พันธุ์ที่เพาะปลูก; <i>Agrocybe aegerita</i> ; <i>Hypsizygus tessellates</i> (Bull.) Singer; <i>Auricularia</i> <i>auricular-judea</i> (Bull.) Quél.; <i>Ganoderma lucidum</i> (Curtis) P. Karst., and other <i>Ganoderma</i> spp.; <i>Lentinula</i> <i>edodes</i> (Berk.) Pegler; <i>Volvariella volvacea</i> (Bull.) Singer; <i>Tremella fuciformis</i> Berk.; <i>Auricularia polytricha</i> (Mont.) Sacc.; <i>Termitomyces</i> sp. เป็นต้น

³ อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ประเด็นที่ 2: ผลผลิตนมโรงเรียน

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	นมโรงเรียน คือ ผลิตภัณฑ์นมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ. 2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) ดำเนินการ ดังนี้</p> <p>1.1 <u>กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี</u></p> <p>1.1.1 ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียนทุกแห่งในจังหวัด ตามหลักเกณฑ์ GMP</p> <p>1.1.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค โดยมีรายการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้</p> <p>(1) นมโคชนิดพาสเจอร์ไรส์ ตรวจวิเคราะห์จำนวน 10 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด แบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i></p> <p>(2) นมโคชนิดยูเอชที ตรวจวิเคราะห์จำนวน 9 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i></p> <p>โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง (1 ครั้ง/ภาคการศึกษา) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ช่วงเดือน พ.ย. 60 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ช่วงเดือน มิ.ย. 61 <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้</p> <p>(1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง</p>

(2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า “**รอบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**”

(3) ในช่องหมายเหตุระบุว่า

• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

• **ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

หมายเหตุ : สถานประกอบการใดที่ผลิตนมโรงเรียนทั้งชนิดยูเอชทีและพาสเจอร์ไรส์ต้องเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 2 ชนิด (ชนิดละ 1 ตัวอย่าง รวม 2 ตัวอย่าง)

1.2 กิจกรรมเฝ้าระวังประจำเดือน

1.2.1 สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต ตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานเฉพาะด้านเชื้อจุลินทรีย์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค

โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง ทุกเดือน นอกเหนือจากแผนการเฝ้าระวังประจำปี โดยกำหนดให้ผู้ประกอบการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ และรายงานผลการดำเนินงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2

ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้

(1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “**นมโรงเรียน**” ด้วยตัวอักษรสีแดง

(2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า “**รอบผู้ประกอบการ**”

(3) ในช่องหมายเหตุระบุว่า “**ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

หมายเหตุ : สถานประกอบการใดที่ผลิตนมโรงเรียนทั้งชนิดยูเอชทีและพาสเจอร์ไรส์ต้องเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 2 ชนิด (ชนิดละ 1 ตัวอย่าง รวม 2 ตัวอย่าง)

2. รายงานข้อมูล ดังนี้

2.1 ผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงานดังนี้

	ครั้งที่		ระยะเวลาการรายงาน			
	1		ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2560 *			
	2		ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2561			
	3		ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2561*			
	4		ภายในวันที่ 15 กันยายน 2561			
<p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ ในการจัดสรรสิทธิ์</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p> <p>2.2 ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)</p> <p>3. อ ย . รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ</p>						
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่มีผลการตรวจวิเคราะห์มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่ส่งตรวจและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานทั้งหมด					
รายการข้อมูล 3	-					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
อ ย . / สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน 	

		ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต เทอม 2/2560 • รายงานผล มายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผล การเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องใน ระดับจังหวัด	• รายงานผล มายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผล การเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องใน ระดับจังหวัด	ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต เทอม 1/2561 • รายงานผล มายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผล การเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องใน ระดับจังหวัด	• รายงานผล มายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผล การเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องใน ระดับจังหวัด																																									
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา																																													
เอกสารสนับสนุน :	-																																													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย</th> <th colspan="6">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th colspan="2">2558</th> <th colspan="2">2559</th> <th colspan="2">2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพมาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่ กำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td>เทอม 2/255</td> <td>เทอม 1/255</td> <td>เทอม 2/255</td> <td>เทอม 1/2559</td> <td>เทอม 2/255</td> <td>เทอม 1/2560</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>7</td> <td>8</td> <td>8</td> <td></td> <td>9</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>92.00</td> <td>92.55</td> <td>92.47</td> <td>88.51</td> <td>86.07</td> <td>86.21</td> </tr> </tbody> </table>								Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.						2558		2559		2560		ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพมาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	ร้อยละ	เทอม 2/255	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/2559	เทอม 2/255	เทอม 1/2560			7	8	8		9	*			92.00	92.55	92.47	88.51	86.07	86.21
Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																												
		2558		2559		2560																																								
ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพมาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	ร้อยละ	เทอม 2/255	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/2559	เทอม 2/255	เทอม 1/2560																																							
		7	8	8		9	*																																							
		92.00	92.55	92.47	88.51	86.07	86.21																																							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ โทรศัพท์ 02-590-7206																																													

	<p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางสาวกนกเนตร รัตนจันท/นางสาวรวรวัลย์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7030</p>											
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7030</p>											
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่วนกลาง <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท</td> <td style="width: 50%;">ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-591-8460</td> <td>E-mail : planning.food@gmail.com</td> </tr> </table> <p>2. น.ส. รวรวัลย์ พูลสวัสดิ์</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081-925-5350</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-591-8460</td> <td>E-mail : planning.food@gmail.com</td> </tr> </table> <p>สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> ● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานตัวชี้วัดที่ 2 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และส่งข้อมูลกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น) 	1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท	ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030	โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381	โทรสาร : 02-591-8460	E-mail : planning.food@gmail.com	ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030	โทรศัพท์มือถือ : 081-925-5350	โทรสาร : 02-591-8460	E-mail : planning.food@gmail.com
1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท	ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ											
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030	โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381											
โทรสาร : 02-591-8460	E-mail : planning.food@gmail.com											
ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030	โทรศัพท์มือถือ : 081-925-5350											
โทรสาร : 02-591-8460	E-mail : planning.food@gmail.com											

ตารางแสดงคำแนะนำอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับน้ำหนักตัวอย่างผลิตภัณฑ์และจำนวนหน่วยที่เก็บ ต่อ 1 ตัวอย่าง

ลำดับ	รายการ	ปริมาณ x หน่วย
1	ผักและผลไม้สด	1 กิโลกรัม x 1
2	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ปริมาณรวม 100 กรัม ทั้งชนิดแห้งและชนิดเหลว

ทั้งนี้หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนให้ประสานกับหน่วยงานวิเคราะห์โดยตรงซึ่งสามารถติดต่อสอบถามและขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แสดงในตาราง

ลำดับ	หน่วยงานวิเคราะห์	โทรศัพท์
1	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่	0-5311-2188-90
2	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1/1 เชียงราย	0-5317-6225-6
3	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก	055-322824-26 หรือ 0 5532 2824-6 ต่อ 121,117
4	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์	056-245618-20
5	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม	034-720-668-71
6	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี	038-784006 - 7, 038-783767, 038-784533
7	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 ขอนแก่น	043-240800
8	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี	042-207364-6
9	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 นครราชสีมา	044-346005 ถึง 044-346013
10	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี	045-312230-3
11	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี	077-355301 ถึง 6
12	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต	076-352041 ถึง 2
13	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา	074-330211,0-7433-0277
14	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง	075-501050-3
15	สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	0-2951-0000 ต่อ 99500-3, 99561-2

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามัธยมศึกษาสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
แนวทางการพัฒนามัธยมศึกษาสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

.....
แนวทางการพัฒนาตาม บันได 4 ชั้น

ผ่านระดับดีเยี่ยม (ต้นแบบ) หมายถึง
4. เกิดนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลลด
โลกร้อน

ผ่านระดับดีมาก หมายถึง

3. สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ภาคี
เครือข่ายในเรื่องสถานบริการสาธารณสุข
ลดโลกร้อนได้

3. สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ภาคี
เครือข่ายในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขลด
โลกร้อนได้

ผ่านระดับดี หมายถึง

2. มีการนำเข้าสู่ข้อมูล Carbon
Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon
Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
1 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าซ
เรือนกระจก

2. มีการนำเข้าสู่ข้อมูล Carbon
Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon
Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
2 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าซ
เรือนกระจก

2. มีการนำเข้าสู่ข้อมูล Carbon Footprint
ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของ
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 2 ปีงบประมาณ
เพื่อวางแผนการลดก๊าซเรือนกระจก

ผ่านระดับพื้นฐาน หมายถึง

1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์
กระบวนการ CLEAN และ มีการ
ขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ใน
ระดับพื้นฐาน

1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์
กระบวนการ CLEAN และ มีการ
ขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ทั้งใน
ระดับพื้นฐานและระดับดี

1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์
กระบวนการ CLEAN และ มีการ
ขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN **ทุกข้อ**

1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ
CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม
GREEN **ทุกข้อ**

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
การพัฒนากิจกรรม GREEN			
G: GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)	<p>1. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</p> <p>มีการปฏิบัติได้ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 7 เรื่อง ดังนี้</p> <p>(1) ด้านบุคลากร</p> <p>(2) การคัดแยกมูลฝอย</p> <p>(3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(5) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(6) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p>	<p>4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>สามารถลดปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ</p>	<p>7. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</p> <p>มีกระบวนการดังนี้</p> <p>มีนวัตกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อหรือเป็นต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</p>
	<p>2. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป ด้วยกระบวนการดังนี้</p> <p>2.1 มีการลดการเกิดมูลฝอยตั้งแต่แหล่งกำเนิด โดยใช้หลัก 3R</p>	<p>5. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป</p> <p>มีการจัดการมูลฝอยทั่วไปที่มีประสิทธิภาพโดยสามารถลดปริมาณการเกิดมูลฝอยทั่วไป</p>	<p>8. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป</p> <p>มีการใช้ประโยชน์จากมูลฝอยทั่วไป</p>

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
	<p>2.2 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป และมีภาชนะรองรับมูลฝอยทั่วไปแยกตามประเภท คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยย่อยสลายได้ (มูลฝอยอินทรีย์) มูลฝอยอื่นๆ</p> <p>2.3 มีการเก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ และ/หรือมีสถานที่พักรวมที่ถูกสุขลักษณะ</p> <p>2.4 มีการกำจัดมูลฝอยทั่วไปโดยส่งไปกำจัดกับหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามข้อกำหนดของท้องถิ่น</p>		
	<p>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</p> <p>มีการคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายออกจากมูลฝอยชนิดอื่น</p> <p>มีการเก็บรวบรวม/เคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลไปยังที่พักรวมมูลฝอยเพื่อรอการนำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดย</p>	<p>6. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</p> <p>มีการแยกเก็บรวบรวมตามประเภท เช่น ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา/ภาชนะบรรจุสารเคมี/ซากแบตเตอรี่และถ่านไฟฉาย/ซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์/หลอดไฟ เป็นต้น</p>	<p>9. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</p> <p>นำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดยหน่วยงานที่กำจัดต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม</p>

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
	หน่วยงานที่กำจัดการต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม		
RESTROOM (ห้อง ส้วม)	1. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานสามมาตรฐานไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	2. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานสามมาตรฐานไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน	3.1 ผ่านมาตรฐานสามมาตรฐานไทย (HAS) ทุกจุด 3.2 มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล 3.3 ลดการใช้สารเคมีในห้องส้วม
ENERGY (การจัดการ ด้านพลังงาน)	1. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	2. มีการใช้ประโยชน์จากปัจจัยธรรมชาติให้เกิดการประหยัดพลังงาน/หรือมีการใช้พลังงานทดแทน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อลดความร้อนเข้าสู่อาคาร การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณรอบอาคารให้ร่มรื่น เย็นสบาย	3. มีการรายงานผลการประหยัดพลังงานจากทุกส่วนภายในองค์กร และภาพรวม โดยต้องสามารถชี้ให้เห็นประสิทธิผล เช่น ลดอัตราค่าไฟฟ้า หรือลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นต้น หรือผลความสำเร็จของการประหยัดพลังงานได้อย่างชัดเจน ตรวจสอบได้
ENVIRONMENTAL (การจัดการ สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล)	1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไป มีการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก เช่น การดำเนินงานกิจกรรม 5 ส. การจัดการน้ำเสีย การปรับปรุงภูมิทัศน์ การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น	2. มีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการทำงาน โดยการพัฒนาสถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place)	3. มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม ที่สามารถส่งเสริมการมีสุขภาพดีให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การจัดให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย การจัดให้มีอุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือ พื้นที่สำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<p>NUTRITION</p> <p>(การจัดการ</p> <p>สุขาภิบาลอาหารและ</p> <p>น้ำ)</p>	<p>1. มีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>1.1 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับพื้นฐาน</u></p> <p>1.2 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>1.3 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง</p> <p>1.4 มีระบบการรายงานผลตามสายบังคับบัญชา และการจัดทำเอกสารผลการตรวจเป็นปัจจุบัน</p>	<p>2.มีการรณรงค์ด้านอาหารปลอดภัย การใช้ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง</p> <p>2.1 การจัดการโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล</p> <p>2.2 การรณรงค์เลิกใช้โฟมในโรงพยาบาล</p> <p>2.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับดี</u></p> <p>2.4 ร้อยละ 90 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>2.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และมีผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี</p>	<p>3 โรงพยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ชุมชนในเรื่องอาหารปลอดภัย</p> <p>3.1 ส่งเสริมการปลูกผักปลอดภัยในโรงพยาบาล</p> <p>3.2 ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายผักปลอดภัยจากในชุมชน เช่น ชมรมผักปลอดภัย ตลาดนัดสีเขียว เป็นต้น</p> <p>3.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับดีมาก</u></p> <p>3.4 ร้านอาหารทั้งหมดในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>3.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD, น้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย และร้านอาหารในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค กรมอนามัย</p>

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
Carbon Footprint ของโรงพยาบาล	-	บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 1 ปีงบประมาณ http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/ การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่า โรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบ เหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการลดก๊าซ เรือนกระจกในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 2 ปีงบประมาณ http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/ การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่า โรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนด แผนการลดก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ CLEAN	การพัฒนากระบวนการ CLEAN
C: Communication	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีทีมงานสื่อสารองค์กรเพื่อการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 2. มีกระบวนการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูล ให้กับบุคลากรในองค์กรเกี่ยวกับการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับเพื่อขับเคลื่อนงานพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 4. มีการสื่อสารสาธารณะด้วยการสร้างกระแสและผลักดันกิจกรรม GREEN ไปยังหน่วยงานอื่นให้มีความรู้ความเข้าใจ 5. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจต่อประชาชน และชุมชนในการพัฒนา กิจกรรม GREEN เพื่อให้เกิดความตระหนักและส่งต่อข้อมูลในชุมชน
L: Leader	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจนในการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 2. ผู้บริหารมีการกำหนดวิสัยทัศน์หรือทิศทางในการพัฒนาโรงพยาบาล ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN และมีเป้าหมายที่ชัดเจน 3. มีการกำหนดแผนปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบงาน และกรอบเวลาการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN ระยะยาว (3 – 5 ปี) 4. หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนา กิจกรรม GREEN
E: Effectiveness	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการพัฒนาตามเกณฑ์ GREEN 2. บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุดกิจกรรมหรือกระบวนการพัฒนา 3. มีรายงานข้อมูลการประเมินความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ. เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 4. มีกระบวนการประเมินติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และมีรายงานผลความก้าวหน้าระยะสั้น (Small success) 5. มีกระบวนการส่งเสริมเพื่อพัฒนา รพ. เป็นต้นแบบ โดยเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับประชาชนและหน่วยงานภาคีในการดำเนินกิจกรรม GREEN
A: Activities	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการสร้างทีมขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน 2. มีการดำเนินกิจกรรม G-R-E-E-N ที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดกิจกรรม/กลวิธีหรือกระบวนการการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกภาคส่วนในโรงพยาบาล 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้บริหาร และบุคลากรเพื่อทบทวน จัดการปัญหาอุปสรรค 4. สร้างกระบวนการเสริมสร้างคุณค่าให้กำลังใจ ต่อบุคลากรในการพัฒนา และสร้างความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม GREEN 5. มีกระบวนการสร้างนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลที่เสริมสร้างประโยชน์ต่อการทำงาน และลด ปัญหาโลกร้อน

กลยุทธ์ CLEAN	การพัฒนากระบวนการ CLEAN
N: Networking	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีเครือข่ายที่มีความหลากหลายของคนในองค์กร เพื่อติดตามความก้าวหน้า ตรวจสอบ และประเมินตัวเองต่อการดำเนินกิจกรรม GREEN 2. มีแผนงานเกี่ยวกับการขยายผลความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม GREEN ไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่ 3. มีการสร้างเครือข่ายทั้งภาคประชาชน เอกชน และราชการส่วนท้องถิ่นในการพัฒนากิจกรรม GREEN ในทุกภาคส่วนและเกิดการแลกเปลี่ยนทรัพยากรในการ 4. มีกระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ร่วมกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม 5. มีกระบวนการส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรม GREEN ในชุมชน ที่เกิดจากการส่งเสริม และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนางานจากโรงพยาบาล

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมี
ประสิทธิภาพและยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>1.1 มีฐานข้อมูลทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 5 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 2 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูล ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 7 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 3 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูล ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 9 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายสำคัญและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 5 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<p>หมายเหตุ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) และพื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ (จำนวน 27 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 53 จังหวัด</p>		
<p>2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.)</p>		
<p>2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน</p> <p>2.2 มีแผนการจัดประชุม</p> <p>2.3 มีการจัดประชุม</p> <p>2.4 ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านกลไก อสรจ. อย่างน้อย 2 เรื่อง</p> <p>2.5 มีมติและติดตามมติจากที่ประชุมอย่างน้อย 2 เรื่อง</p> <p>2.6 มีรายงานการประชุมและสรุปรายงานการประชุมตามแบบฟอร์มศูนย์บริหารกฎหมาย</p>	<p>2.1 มีการจัดประชุม อย่างน้อย 2 ครั้ง</p> <p>2.2 ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านกลไก อสรจ. อย่างน้อย 3 เรื่อง</p> <p>2.3 มีมติและติดตามมติจากที่ประชุมอย่างน้อย 3 เรื่อง</p> <p>2.4 กำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนในรูปแบบต่างๆ เช่น ตั้งคณะทำงาน เป็นต้น</p> <p>2.5 มีรายงานการประชุมและสรุปรายงานการประชุมตามแบบฟอร์มศูนย์บริหารกฎหมาย</p>	<p>2.1 มีการจัดประชุม 3 ครั้งขึ้นไป</p> <p>2.2 ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านกลไก อสรจ. อย่างน้อย 5 เรื่อง</p> <p>2.3 มีมติและติดตามมติจากที่ประชุมอย่างน้อย 5 เรื่อง</p> <p>2.4 กำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนในรูปแบบต่างๆ เช่น ตั้งคณะทำงาน เป็นต้น</p> <p>2.5 มีรายงานการประชุมและสรุปรายงานการประชุมตามแบบฟอร์มศูนย์บริหารกฎหมาย</p>
<p>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลรพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย</p>		
<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ. สังกัดกรมวิชาการ) มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย ร้อยละ 100</p>	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพศ. รพท. รพช. และรพ. สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 100 - รพ.สต. ร้อยละ 10 	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพศ. รพท. รพช. และรพ. สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 100 - รพ.สต. ร้อยละ 30

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
4.มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)		
<p>4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตาม การพัฒนาคุณภาพระบบ บริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุน ให้บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และมีการถ่ายทอดสื่อสาร นโยบายให้หน่วยงานองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>4.4 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตาม การพัฒนาคุณภาพระบบ บริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุน ให้บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และมีการถ่ายทอดสื่อสาร นโยบายให้หน่วยงานองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>4.7 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตาม การพัฒนาคุณภาพระบบ บริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุน ให้บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และมีการถ่ายทอดสื่อสาร นโยบายให้หน่วยงานองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น</p>
<p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนา คุณภาพระบบบริการอนามัย สิ่งแวดล้อม องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ รับผิดชอบ</p>	<p>4.5 มีฐานข้อมูลการพัฒนา คุณภาพระบบบริการอนามัย สิ่งแวดล้อม องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ รับผิดชอบ</p>	<p>4.8 มีฐานข้อมูลการพัฒนา คุณภาพระบบบริการอนามัย สิ่งแวดล้อม องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ รับผิดชอบ</p>
<p>4.3 ร้อยละ 25 ขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมิน รับรองคุณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรม อนามัยกำหนด)</p>	<p>4.6 ร้อยละ 25 ขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมิน รับรองคุณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรม อนามัยกำหนด)</p>	<p>4.9 ร้อยละ 25 ขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมิน รับรองคุณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรม อนามัยกำหนด)</p>
<p><i>หมายเหตุ : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา</i></p>		
5.มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อมชุมชน		

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
5.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพใน การจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว	5.3 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพใน การจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว	5.5 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพใน การจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะ ยาว
5.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพใน การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1,000 ตำบล LTC ของแต่ละ จังหวัด)	5.4 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพใน การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1,000 ตำบล LTC ของแต่ละ จังหวัด)	5.6 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพใน การจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1,000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด)
6. มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน		
มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการ สุขภาพ จัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์กรม ควบคุมโรคกำหนด โดยได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป	มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการ สุขภาพ จัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์กรม ควบคุมโรคกำหนด โดยได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป	มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการ สุขภาพ จัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตาม เกณฑ์กรมควบคุมโรคกำหนด โดยได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป
หมายเหตุ : หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง รพศ./รพท., รพช., รพ.สต.		

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

ตารางประกอบค่านิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature $>38^{\circ}\text{C}$ or $<36^{\circ}\text{C}$

Heart rate >90 beats/min

Respiratory rate >20 /min หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg

WBC $>12,000$ / mm^3 , <4000 / mm^3 , หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output <0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 200$ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine >2.0 mg/dL (176.8 $\mu\text{mol/L}$)

Bilirubin >2 mg/dL (34.2 $\mu\text{mol/L}$)

Platelet count $<100,000$ μL

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA)score ในการประเมิน ได้แก่

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

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (กำหนด)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่มักจะเกิดขึ้น	ดี พูดคุยเรื่อง	ซึม แต่เรียกตัว ตามได้	ซึมนมาก ต้องกระตุ้น จึงจะตื่น	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นเข้าก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

องค์ประกอบของทีม Capture the fracture

หัวหน้าโครงการ	ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์
ผู้ประสานงาน	Fracture liaison nurse(FLS nurse) ระดับ รพศ./รพท. คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ ระดับ รพช. คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง
ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ	
จำเป็นต้องมี	ระดับ รพศ. / รพท. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ระดับ รพช. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์
แนะนำให้มี	ระดับ รพศ./รพท. - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์ ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์
ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ	
จำเป็นต้องมี	เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด
แนะนำให้มี	ตัวแทนแผนกโภชนาการ

หมายเหตุ : แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 51 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2561
	จำนวนปชก.ปี 2558*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (172/แสน ปชก.) (2)	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2559** (3)	ร้อยละความครอบคลุม การรักษา (4 = 3/2)	ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
ประเทศ	65,729,098	113,054	70,116	62.0	93,269
1 เชียงใหม่	5,853,206	10,068	5,780	57.4	8,306
2 พิษณุโลก	3,540,252	6,089	3,285	53.9	5,023
3 นครสวรรค์	3,010,618	5,178	2,917	56.3	4,271
4 สระบุรี	5,245,824	9,023	5,617	62.3	7,444
5 ราชบุรี	5,252,208	9,034	5,708	63.2	7,453
6 ชลบุรี	5,923,839	10,189	5,684	55.8	8,406
7 ขอนแก่น	5,055,979	8,696	7,046	81.0	7,174
8 อุตรธานี	5,522,408	9,499	4,719	49.7	7,836
9 นครราชสีมา	6,746,755	11,604	7,665	66.1	9,573
10 อุบลราชธานี	4,590,892	7,896	5,389	68.2	6,514
11 นครศรีธรรมราช	4,405,448	7,577	5,205	68.7	6,251
12 สงขลา	4,885,260	8,403	4,713	56.1	6,932
13 กรุงเทพฯ	5,696,409	9,798	6,388	65.2	8,083

หมายเหตุ * ข้อมูลประชากรจากสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

** ฐานข้อมูล TBCM ณ วันที่ 11 กันยายน 2560 กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค สำนักวัณโรค

***อาจมีการปรับเปลี่ยนเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2 ปี ย้อนหลัง					ค่าเป้าหมายอัตราความสำเร็จในการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (%)
	2558	2559			ค่าเฉลี่ย	
		Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59		
ประเทศ	79.49	80.34	78.23	76.73	78.7	≥85
1 เชียงใหม่	76.18	77.34	79.10	77.28	77.5	≥85
2 พิษณุโลก	83.56	81.02	81.07	82.20	82.0	≥85
3 นครสวรรค์	78.63	80.42	81.11	83.53	80.9	≥85
4 สระบุรี	80.36	79.06	77.01	75.35	77.9	≥85
5 ราชบุรี	81.55	82.32	79.50	79.46	80.7	≥85
6 ชลบุรี	80.78	82.18	82.40	75.56	80.2	≥85
7 ขอนแก่น	80.05	82.04	79.77	80.79	80.7	≥85
8 อุตรธานี	78.81	77.55	75.27	77.66	77.3	≥85
9 นครราชสีมา	82.97	83.87	80.98	79.98	82.0	≥85
10 อุบลราชธานี	83.50	87.55	83.18	84.16	84.6	≥85
11 นครศรีธรรมราช	79.53	82.29	82.12	79.62	80.9	≥85
12 สงขลา	84.08	85.61	81.94	80.41	83.0	≥85
13 สปคม.	66.63	62.48	59.96	49.57	59.7	≥85

หมายเหตุ

- 1) ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2559) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560
- 2) ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 2 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราการขาดยาของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2 ปี ย้อนหลัง				ค่าเฉลี่ย	ค่าเป้าหมายอัตราการขาดยาของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (%)	
	2558	2559					2561
		Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59			
ประเทศ	4.82	4.87	4.73	4.47	4.7	< 3	
1 เชียงใหม่	3.94	3.66	2.66	2.63	3.2	< 3	
2 พิษณุโลก	3.44	3.30	3.47	2.87	3.3	< 3	
3 นครสวรรค์	3.31	4.41	3.04	3.62	3.6	< 3	
4 สระบุรี	6.08	8.30	7.60	7.42	7.4	< 4	
5 ราชบุรี	3.68	4.18	3.60	4.46	4.0	< 3	
6 ชลบุรี	6.51	4.48	5.04	5.39	5.4	< 3	
7 ขอนแก่น	4.98	5.81	5.81	5.57	5.5	< 3	
8 อุดรธานี	3.31	4.28	4.05	3.38	3.8	< 3	
9 นครราชสีมา	5.22	5.30	4.43	4.05	4.8	< 3	
10 อุบลราชธานี	2.27	2.22	3.30	2.16	2.5	< 2	
11 นครศรีธรรมราช	5.10	5.10	4.16	5.15	4.9	< 3	
12 สงขลา	3.70	3.15	3.36	4.58	3.7	< 3	
13 สปคม.	8.70	7.08	8.08	5.49	7.3	< 4	

หมายเหตุ

- 1) ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขาดยาในปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2559) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560
- 2) ข้อมูลพื้นฐานอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรื้อรัง 2 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2 ปี ย้อนหลัง				ค่าเฉลี่ย	ค่าเป้าหมายอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (%)
	2558	2559		ค่าเฉลี่ย		
	Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59			
ประเทศ	8.01	8.17	8.30	7.36	8.0	≤ 5
1 เชียงใหม่	13.64	14.74	12.47	13.54	13.6	≤ 12.6
2 พิษณุโลก	10.71	13.20	12.62	10.11	11.7	≤ 7
3 นครสวรรค์	11.73	11.99	11.97	8.73	11.1	≤ 7
4 สระบุรี	6.02	6.63	6.91	5.85	6.4	≤ 5
5 ราชบุรี	8.07	8.27	8.86	6.12	7.8	≤ 5
6 ชลบุรี	6.34	6.67	5.80	7.06	6.5	≤ 5
7 ขอนแก่น	7.78	8.35	9.40	7.72	8.3	≤ 5
8 อุดรธานี	6.91	7.29	7.25	7.65	7.3	≤ 5
9 นครราชสีมา	6.65	6.95	8.32	6.64	7.1	≤ 5
10 อุบลราชธานี	8.50	8.23	8.67	6.75	8.0	≤ 5
11 นครศรีธรรมราช	10.15	9.27	9.37	8.72	9.4	≤ 5
12 สงขลา	7.57	6.01	7.06	5.61	6.6	≤ 5
13 สปคม.	2.96	3.54	3.14	3.25	3.2	≤ 5

หมายเหตุ

- 1) ค่าเฉลี่ย หมายถึง ถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เสียชีวิตในปีงบประมาณ 2558-2559 ทหารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2559) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560
- 2) ข้อมูลพื้นฐานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 2 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยก รายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และ
 เวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
 หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (24 แห่ง)
 ข้อมูลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ณ วันที่ 31 ก.ค. 60

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2560	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การจัดบริการ อาชีวอนามัย	การจัดบริการเวช กรรมสิ่งแวดล้อม
สคร. 1	เชียงราย		รพช.แม่สาย		
			รพช.เชียงแสน		
			รพช.เชียงของ	(รอผลประเมิน)	(รอผลประเมิน)
สคร. 2	ตาก	รพท.แม่สอด			
			รพช.พบพระ	(รอผลประเมิน)	
			รพช.แม่ระมาด		
สคร. 5	กาญจนบุรี	รพท.พหลพลพยุหเสนา		(รอผลประเมิน)	(รอผลประเมิน)
สคร. 6	ตราด		รพช.คลองใหญ่		
		สระแก้ว	รพท.อรัญประเทศ		
			รพช.วัฒนานคร		
สคร. 8	หนองคาย	รพท.หนองคาย		(รอผลประเมิน)	(รอผลประเมิน)
			รพช.สระใคร		
	นครพนม	รพท.นครพนม		✓	✓
			รพช.ท่าอุเทน		
สคร. 10	มุกดาหาร	รพท.มุกดาหาร		✓	✓
			รพช.หัวานใหญ่	(รอผลประเมิน)	(รอผลประเมิน)
			รพช.ดอนตาล		
สคร. 12	สงขลา	รพท.สงขลา		✓	✓
			รพช.สะเดา		
	นราธิวาส	รพท.นราธิวาสราชนครินทร์		(รอผลประเมิน)	(รอผลประเมิน)
		รพท.สุโหงโกลก		(รอผลประเมิน)	(รอผลประเมิน)
			รพช. ตากใบ	(รอผลประเมิน)	(รอผลประเมิน)
			รพช. แว้ง		

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2560	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การจัดบริการ อาชีวอนามัย	การจัดบริการเวช กรรมสิ่งแวดล้อม
			รพช. ยี่งอ	(รอผลประเมิน)	(รอผลประเมิน)
รวม	10	9	15		

**เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป**

- คำชี้แจง**
1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด เป็นอย่างอื่น
 2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
	1.1 การนำองค์กร					
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆในพื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบอาชีพแรงงานในระบบ ประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหาร คนปัจจุบัน หรือ ระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เกี่ยวข้องโดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ติดบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ				
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีว-อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายตามบริบทของพื้นที่	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติ แผนงานระยะ 3-5 ปี (กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบการอื่นๆ และประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล เสนอแนะ (พิจารณาให้ข้อเสนอแนะจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีว-อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
03	การติดตามประเมินผล โครงการพัฒนาคลินิกโรค จากการทำงานของ โรงพยาบาล (Clinic)	มีหลักฐานแสดงการส่งรายงานผลการ ดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน และดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ โครงการ	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิก โรคจากการทำงาน - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก โรคจากการทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่ง รายงานฉบับสมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด - มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ โครงการครบทุกข้อ		
03	การติดตามประเมินผล แผนงาน/โครงการทางด้าน อาชีวอนามัย (Non Clinic)	มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินตาม ตัวชี้วัด อย่างน้อย 1 โครงการที่เป็นโครงการ High light หรือโครงการจุดเน้น	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะ ติดตาม - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น รายไตรมาส - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อ ใช้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
04	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับ การจัดบริการอาชีวอนามัย ตามกรอบงานของกระทรวง สาธารณสุข	มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตาม คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และครบจำนวน	0 1	- ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมออกมา ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข หรือจำนวนตามข้อเสนอของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (ผ่านการอบรม หลักสูตรอาชีว- เวชศาสตร์ 2 เดือน หรือ อนุมัติบัตร หรือวุฒิบัตรสาขาเวชกรรมป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์) อย่างน้อย 1 คน</p> <p>- พยาบาลอย่างน้อย 3 คน และผ่านการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติเฉพาะทาง อาชีวอนามัย หลักสูตร 4 เดือน อย่างน้อย 1 คน</p> <p>- นักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย/ อนามัยสิ่งแวดล้อม หรือปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตร์/สิ่งแวดล้อมที่ผ่านการอบรมทางอาชีวอนามัยพื้นฐาน อย่างน้อย 1 คน)</p> <p>- แพทย์/พยาบาล/นักวิชาการต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 คน</p>	<p>2</p> <p>3</p>	<p>- มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล, นักวิชาการ)</p> <p>- มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และจำนวนครบตามกรอบโครงสร้างข้อเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข</p>		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
05	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีพอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (เข้าประชุม หรือรับการอบรมที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ หรือศึกษาต่อ) ด้านอาชีพอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและมีบุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีพอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		(สอบทวนเอกสาร)
06	การจัดการความรู้ด้านงานอาชีพอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีเอกสารแสดงหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ (KNOWLEDGE MANAGEMENT) ด้านการจัดบริการอาชีพอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ รวมทั้งมีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี อย่างเช่น รายงานการทำ After Action Review :AAR) เช่น ทำ AAR หลังซ้อมดับเพลิง , case study , สุนทรียสนทนา(Dialogue) , ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) , เรื่องเล่าเร้าพลัง (Story tell) ฯลฯ และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ติดบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีพอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
07	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัย และ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการศึกษาวิจัย หรือการทำ R2R หรือ การ สร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายใน หรือภายนอกโรงพยาบาลในขั้นตอนใดขั้นตอน หนึ่งของกระบวนการศึกษาวิจัย หรือการ ศึกษาวิจัยโดยกลุ่มงานเอง และมีการเผยแพร่ ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวที วิชาการ ในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดย นำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
08	การทำงานร่วมกับเครือข่าย ภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนา งานอาชีวอนามัย ความ ปลอดภัยและ สภาพแวดล้อมการทำงาน ระดับจังหวัด และเวช ศาสตร์สิ่งแวดล้อม	เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่าย ภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงาน และงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการ ทำงานระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด: อสจ. (ตาม พรบ.การ สาธารณสุข พ.ศ. 2535) หรือคณะกรรมการ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมใน พื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับ เครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		อื่นๆที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดประชุม หรือ เข้าร่วมประชุมคณะทำงานอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีเอกสารแสดงว่างานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัด หรือ ยุทธศาสตร์ของจังหวัด		- มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด		
09	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่ายสนับสนุนบุคลากรในการร่วม ออกปฏิบัติงานเพื่อให้ รพช.เกิดการดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม(มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงาน/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และมีรายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ วินิจฉัยรักษาโรคจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม) พร้อมทั้งมีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. ในเครือข่าย	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพช. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุน รพช. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{ (X)/27 \} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล					
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน	มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยใช้แบบ RAH 01 หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยงในทุกแผนก พร้อมจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมทั้งมีเอกสารการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล ให้รับทราบผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การประชุม LINE เป็นต้น	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล -มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง -มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร		
11	การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	มีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานที่ได้มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรวิชาชีพ และบุคลากร ที่ทำการตรวจตามแนวทางปฏิบัติดังกล่าว จะต้องผ่านการอบรมหรือการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข หรือ องค์กรวิชาชีพ หรือสถาบันทางวิชาการ ในรอบระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน -มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน -มีการตรวจสุขภาพฯ โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จาก		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				กระทรวงสาธารณสุข องค์การวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ		
12	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	มีผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ และมีหลักฐานแสดงแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม หรือเฝ้าระวังสุขภาพ ที่สอดคล้องกับผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ -มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
13	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อ และแผนของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิดตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส	0 1 2	-ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว	3	-มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิด และครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		
14	การควบคุมคุณภาพการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพและการรายงานผลการตรวจตามหลักวิชาการ	มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ การนำส่งตัวอย่างทางชีวภาพทั้งกลุ่มบุคลากรทาง การแพทย์ในโรงพยาบาล และผู้ประกอบการ อาชีพภายนอก (เพื่อวิเคราะห์สารเคมี/เมตาโบไลต์ของสารเคมีในเลือด ปัสสาวะ ฯลฯ) ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เช่น ISO/IEC 17025, ISO 15189, มาตรฐานสมาคมเทคนิคการแพทย์ ฯลฯ โดยมีเอกสารอ้างอิงหรือแนวทางทางวิชาการที่ใช้ รวมทั้งมีเอกสารรับรองมาตรฐานคุณภาพของห้องปฏิบัติการทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ -จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ และ รายงานผล -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
15	การจัดทำรายงานผลการ ตรวจสอบคุณภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงาน ของบุคลากร	มีรายงานสถานการณ์ผลการตรวจสอบคุณภาพตาม ปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจสอบคุณภาพทั่วไปและผล การตรวจสอบสภาพแวดล้อมการทำงานแผนกเสี่ยง วิเคราะห์และเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน สุขภาพ และสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี โดยอาจพิจารณา ใช้ตามแบบ RAH 06 ของสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพฯ	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำรายงาน -มีรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ ต่อเนื่อง 3 ปี -มีผลการตรวจสอบคุณภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี -มีรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพและผลการ ตรวจสอบสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกัน อย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน สุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร)
16	การจัดทำคู่มือ/แนวทาง ปฏิบัติงานเพื่อความ ปลอดภัยในการทำงาน สำหรับบุคลากรใน โรงพยาบาล	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย ในการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงการ ทบทวน ปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทาง ปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยอย่างน้อย 1 เรื่อง ปีละครั้ง	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงาน -มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความ ปลอดภัยในการทำงาน -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงาน -นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/ แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการ ทำงานให้เป็นปัจจุบัน		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
17	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	จัดทำ/ร่วมจัดทำแผน รวมทั้งการซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย เช่น มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ เตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสี ฯลฯ พร้อมทั้งสื่อสารแผนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ	0 1 2 3	0 -ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม 1 -ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน 2 -ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล 3 -มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
18	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1 2 3	0 -ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล 1 -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนก-เสี่ยง แต่ยังไม่ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ 2 -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ 3 -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับ ปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
19	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR) ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร IFR = (จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ในช่วงเวลาที่กำหนดตามปี ปฏิทิน/ จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในช่วงเวลาเดียวกัน) x1,000,000 หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ ทั้งหยุดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: การคิดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE)	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร) $IFR = \frac{X}{1,680} \times 1,000,000$ บุคลากร
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10-19 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\left\{ \frac{(X)/30}{100} \right\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
	องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก					
	3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน					
20	การเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เช่น แบบสำรวจสถานประกอบการของสำนักโรคจาก	0 1	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		การประกอบอาชีพฯ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยง พร้อมทั้งมีรายงานสรุปที่แสดงถึงการให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการบริหารจัดการความเสี่ยงแก่สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน เสนอแนะ (พิจารณาการสำรวจสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเป็นแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	2 3	-มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง -ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถานประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง		
21	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	มีรายงาน หรือหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหรือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ เป็นต้น	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและโปรแกรมที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่ สงสัยโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการอาชีว อนามัยของโรงพยาบาล	มีแนวปฏิบัติให้สถานประกอบการมีการคัด กรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการ ทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล มีการสนับสนุนสถานประกอบการในการคัด กรอง ส่งต่อ ฯ เช่น การจัดประชุม/อบรมการ วิธีการดำเนินงานคัดกรองส่งต่อ โดยมีรายชื่อ สถานประกอบการ และเอกสารแสดงจำนวน ลูกจ้างที่สถานประกอบการส่งตัวมาเพื่อการ วินิจฉัย/รักษาโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	-ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน -มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่ สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการ ของโรงพยาบาล -มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัด กรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการ ทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง -มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน- ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการ ประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร)
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการดำเนินงาน จัดบริการอาชีว-อนามัย	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้าน อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น แรงงานในระบบ และหรือ แรงงานนอกระบบ โดยข้อมูลพื้นฐานควรประกอบด้วย	0 1 2	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว อนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว อนามัยสำหรับผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่ นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ควร ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในแผนกต่างๆ สภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร เป็นต้น - ข้อมูลพื้นฐานผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ประเภทกิจการ ที่ตั้ง จำนวน ขนาดของสถานประกอบการ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่งคุกคามหลักๆ - จำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ กลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น <p>เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะในการรวบรวมข้อมูลแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)</p>	3	- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ		
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพ	มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 1 โครงการ (การเฝ้าระวังทางสุขภาพคือ การเฝ้าระวัง	0	-ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ของลูกจ้างในสถาน-ประกอบกร/สถานที่ทำงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่	ผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่น การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้าระวัง สิ่งคุกคาม อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ) โดยมีการวิเคราะห์และจัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม (เฝ้าระวังกลุ่มผู้ประกอบอาชีพภายนอก)	1 2 3	-มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ -จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ -วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี		
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุทั้งภายในและหรือภายนอกโรงพยาบาล โดยมีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ. และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผ่านช่องทางต่างๆ เช่นการประชุม คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการ วารสาร เว็บไซต์ ฯลฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล -มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ. และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
26	จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน</u>		(สอบทวนเอกสาร)
27	จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยแต่ละปีเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน	0 1 2	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการอาชีวอนามัย <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการอาชีวอนามัย <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	-จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ อาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน</u>		
28	การจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร	<p>มีหลักฐาน เอกสารแสดงถึงคุณภาพการดำเนินงาน จัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญดังนี้</p> <p>-การเดินทาง การประเมิน การจัดระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและการให้ข้อเสนอแนะในการจัดการบริหารจัดการความเสี่ยง</p> <p>-การจัดทำรายการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสมกับความเสี่ยง และมีการจัดบริการตรวจสอบสุขภาพ (ทั่วไปและตามปัจจัยเสี่ยง) โดยมีการวิเคราะห์ผลการตรวจสอบสุขภาพดังกล่าว</p> <p>-การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพและความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงาน</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น</p> <p>-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร อย่างน้อย 2 แห่ง</p> <p>-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง</p> <p>-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 6 แห่งขึ้นไป</p>		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		-การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรองหรือส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน มายังโรงพยาบาล -การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงานบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Return to Work เช่น การกำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการประเมินที่โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน				
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20-28 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{ (X)/27 \} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ						
29	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวนประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2	-ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะ พิจารณาการจัดทำแนวทางการ เข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและควรมีล่ามเพื่อสื่อ ภาษาในกรณีมีการให้บริการแรงงานต่างด้าว จำนวนมาก)	3	-มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการ เข้า ถึงบริการอาเซียนนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม		
30	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ พื้นฐาน (เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น และ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด) ที่ได้มาตรฐาน พร้อมใช้งานครบทุกตัว และได้รับการสอบ เทียบจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตาม ระยะเวลา โดยต้องมีเอกสารรับรองการสอบ เทียบของเครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน สอบเทียบอย่างน้อย 2 ปี/ครั้ง สำหรับ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอดจะต้องมีอุปกรณ์ สำหรับการปรับเทียบความถูกต้องก่อนการใช้ งานทุกครั้ง (กระบอกสูบล้างเทียบ)	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และ ได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
31	เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัดระดับความดังเสียง และเครื่องวัดระดับความร้อน (ดัชนี WBGT)) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบกับหน่วยงานภายนอกที่ได้รับการรับรอง ตามระยะเวลาอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง หรือตามคู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสารรับรองการสอบเทียบ	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
32	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น <u>คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ ๗ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ</u> โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวง	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากร		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		สาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณสมบัติในสาขาอาชีพ วอนามัย และความปลอดภัย		ที่มีคุณวุฒิสาขาอาชีพวอนามัยและความปลอดภัย		
33	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการอาชีพ- อนามัย เสนอแนะ (จัดบริการอาชีพวอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าวแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	-ไม่มีการคัดกรอง -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
34	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐานแสดงการบันทึกรายงานข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง และรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานประกอบอาชีพของสำนักโรคจากการ	0 1	-ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน -มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัยรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดยมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	2 3	-มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัยตามที่กำหนดไว้ -มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ		
35	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิดของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
36	การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน	มีแนวปฏิบัติการและการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพโดยมีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนของผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน โดยมีรายงานการ	0 1 2	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ -มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง <u>ใน</u> รอบระยะเวลา 3 ปี	3	-ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายและเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย		
37	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work) ในบุคลากรโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัดฯ ในการประเมินเบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยภายหลังการกลับเข้าทำงาน (ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน -มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ -มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ที่หน้างาน)
38	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุทั้งจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการติดตามที่บ้าน หรือสถานประกอบการ จากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล	0 1 2	-ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง -มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		และในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมารับการรักษาต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบอาชีพภายนอก รพ. อาจ ดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	3	-มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
39	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงาน จัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ -มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการ ให้บริการอาชีวอนามัย		(สอบทวนเอกสาร)
40	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม ด้วยการซักประวัติตามแบบฟอร์ม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน	0 1	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			2	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เท่าเดิม เมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา		
			3	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อ เพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน</u>		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29-40 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/36\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
41	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่ อาจได้รับผลกระทบต่อ สุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรอง ผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อติดตาม/เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อ เพื่อการรักษา (พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	0	-ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม		
			1	-มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาใน พื้นที่		
			2	-มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่ กำหนด		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	-มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองและคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
42	การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวข้องเนื่อง	มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย และทำการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง และมีการสรุบบันทึกที่ผลการติดตามผู้ป่วย	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน -สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ		
43	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลหตุยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/	0 1 2	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	3	-มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป		
44	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้มาจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ และข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุข หรือจากฐานข้อมูล ICD10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง หรือระบบรายงานอื่นๆ - มีการจัดทำแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
45	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจาก	มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและ	0	-ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	มลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ ประชาชน บุคลากร และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ การป้องกันและแก้ไขปัญหา	ภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและ เหมาะสมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรม ให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสารความเสี่ยง การ จัดนิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสาร ผ่านสื่อ ต่างๆ พร้อมทั้งมีการสรุปและประเมินผลการ สื่อสารความเสี่ยง และปรับปรุงกระบวนการ สื่อสารความเสี่ยง ให้เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย	1 2 3	-มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความ เสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง -มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ ที่เกี่ยวข้อง -มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือ ความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสาร ความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย		
46	การจัดเตรียมความพร้อมใน การรองรับภาวะฉุกเฉินด้าน มลพิษสิ่งแวดล้อมตามความ เสี่ยงในพื้นที่	มีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับ ภาวะฉุกเฉิน เช่นปัญหาหมอกควัน ปัญหา สารเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงานเกิดเพลิง ไหม้ ฯลฯ และมีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/ เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัย ส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อ ผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูล สืบค้นสารเคมี ฯลฯรวมทั้งมีการซ้อมแผน (ที่ เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อย่างใดอย่างหนึ่ง) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมใน การรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้าน มลพิษสิ่งแวดล้อม -ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อ เตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปี ละหนึ่งครั้ง -จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับ หน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการ ฝึกซ้อมนั้น		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
47	การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ	มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม/เหตุร้องเรียนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ เช่น สนับสนุนข้อมูลสุขภาพ หรือเข้าร่วมประชุมเพื่อให้ออกความคิดเห็น ฯลฯ โดยพิจารณาจากหลักฐานต่างๆ เช่น หนังสือเชิญเข้าร่วมประชุม/ให้ความเห็น หรือ ภาพถ่ายกิจกรรม หรือหนังสือขออนุญาตข้อมูลสุขภาพของประชาชนจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อใช้ประกอบการประเมิน EIA/EHIA/HIA หรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม/เหตุร้องเรียนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ พร้อมมีการสรุปข้อมูลการดำเนินงานที่สำคัญของแต่ละกิจกรรมที่ได้ดำเนินงานในทะเบียนหรือบันทึกข้อมูลกิจกรรม	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการประเมินผลกระทบ - มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทนของโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการร่วมประชุมให้ออกความคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการ หรือร่วมดำเนินการจัดการประเด็นปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการสนับสนุนข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่เข้าร่วมเพื่อจัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม 		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
48	การวิเคราะห์และสรุปข้อมูล การเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก	มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน หมายเหตุ : ให้พิจารณากรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลไม่ถึง 3 ปี แต่มีการวิเคราะห์เชื่อมโยงหาสาเหตุเพื่อจัดการปัญหาได้ ก็ให้อยู่ในดุลพินิจของกรรมการตรวจประเมิน	0 1 2 3	-ไม่มีการรวบรวมข้อมูล -มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูลเชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และ ข้อมูลมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดในแผนการรวบรวมข้อมูล อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน -มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41-48 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\left\{ \frac{(X)}{24} \right\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

คะแนน	คำอธิบาย
3	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความโดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
2	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น
1	เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง ในบางเรื่อง บางด้านแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ
0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์ หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	27	(คะแนนที่ได้/27) x100	80%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	(คะแนนที่ได้/30) x 100	80%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	(คะแนนที่ได้/27) x 100	80%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	36	(คะแนนที่ได้/36) x 100	80%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	(คะแนนที่ได้/24) x100	50%ขึ้นไป *

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
รวม	48	150		

* หมายเหตุ

การแบ่งระดับโรงพยาบาลภายหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 ร้อยละ 80

ระดับ ดี

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 3 ร้อยละ 80 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 50

ระดับ ดีมาก

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 3 ร้อยละ 80 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 70

ระดับ ดีเด่น

ต้องผ่านทุกองค์ประกอบ1-5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมโดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 5 ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
เริ่มต้นพัฒนา	80	80	-	-	-
ดี	80	80	80	-	50
ดีมาก	80	80	80	-	70
ดีเด่น	80	80	80	80	80

เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

คำชี้แจง

1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น
2. รอบเวลาการพิจารณา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆในพื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบอาชีพแรงงานในระบบประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหารคนปัจจุบัน หรือระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องโดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ตีตบอर्ड หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลตามบริบทของพื้นที่	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติ แผนงานระยะ 3-5 ปี (กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบการ อาชีพอื่นๆ และประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล (พิจารณาให้ข้อเสนอแนะจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล					
03	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีโครงสร้างอัตรากำลังของงานอาชีวอนามัยตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม) หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีวอนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือสาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้านอาชีวอนามัย พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางอาชีวอนามัย หลักสูตร 60 ชม. นักวิชาการสาธารณสุข/อื่นๆ ที่ผ่านการอบรมทางอาชีวอนามัยพื้นฐาน ผ่านหลักสูตรพื้นฐาน	0 1 2 3	- ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย - มีผู้รับผิดชอบหลักงานด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีวอนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือสาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้างกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุขหรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม		
04	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (เข้าประชุม หรือรับการอบรมที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ หรือศึกษาต่อ) ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและมีบุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา	0 1 2	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับ การพัฒนาศักยภาพ		
05	การจัดการความรู้ด้าน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	มีเอกสารแสดงหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ (KNOWLEDGE MANAGEMENT) ด้านการจัดบริการอา ชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ รวมทั้งมี การจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมี ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี อย่างเช่น รายงาน การทบทวนหลังการทำงาน(After action review: AAR) หลังซ้อมดับเพลิง , case study, สุนทรียสนทนา (Dialogue), community of practice (CoP) ชุมชนนัก ปฏิบัติ หรือ เรื่องเล่า ไร้พรมแดน (Story telling) ฯลฯ และมี การถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจิทัลบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการ องค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ สำคัญ - มีการจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จาก การจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะ วิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทาง ต่างๆ		
06	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัย และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการศึกษาวิจัย หรือการทำ R2R หรือ การ สร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายใน หรือภายนอกโรงพยาบาลในขั้นตอนใดขั้นตอน หนึ่งของกระบวนการศึกษาวิจัย หรือการศึกษา วิจัยโดยกลุ่มงานเอง และมีการเผยแพร่ผลงาน	0 1	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		การศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	2	- มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์-สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง		
			3	- มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
07	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมการทำงาน และการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด หรืออำเภอ	เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการทำงานระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) หรือคณะทำงานอื่น ๆ ที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย โดยมีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุม คณะทำงานอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีเอกสารแสดงว่างานอาชีวอนามัยเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัดหรืออำเภอ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ ในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยอย่างน้อยปีละ <u>3 ครั้ง</u> - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
08	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย สนับสนุนบุคลากรในการร่วมออกปฏิบัติงาน เพื่อให้ รพ.สต.เกิดการดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงาน/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและมีรายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ วินิจฉัยรักษาโรคจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม) พร้อมทั้งมีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. ในเครือข่าย	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุนรพ.สต. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-08 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100$	=.....%	
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
09	คณะกรรมการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อม ในการทำงานของ โรงพยาบาล	มีหลักฐานแสดงการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานและมีการรายงานการประชุมคณะกรรมการโดยมีวาระ/มติ ที่เป็นข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	0 1	- ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			2	- คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุมโดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีวอนามัยฯ		
			3	- คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีข้อเสนอแนะ/มติ /การติดตามผลการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย		
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง จากการทำงาน	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล เช่น แบบ RAH O1 หรือแบบฟอร์มอื่นๆที่แสดง ข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยงในทุกแผนก พร้อมทั้งมีรายงาน หลักฐานที่แสดงถึงการสื่อสาร ความเสี่ยง หรือให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการจัดการความเสี่ยงนั้นๆ แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการนำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาลให้รับทราบ	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล - มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร		
11	การตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน แก่หน่วยงานในโรงพยาบาล ด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	มีผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ และมีหลักฐานแสดงแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม หรือเฝ้าระวังสุขภาพ ที่สอดคล้องกับ ผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1	- ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ - มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัด สภาพแวดล้อมการทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			2	- มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน		
			3	- นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
12	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อ และแผนกของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิดตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด – คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว	0 1 2 3	- ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคน รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		
13	การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพ-	มีรายงานสถานการณ์ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจสุขภาพทั่วไปและผล	0	- ไม่มีการจัดทำรายงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	แวดล้อมการทำงานของบุคลากร	การตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานแผนกเสียงวิเคราะห์และเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี โดยอาจพิจารณาใช้ตามแบบ RAH 06 ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ	1 2 3	- มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี - มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน		
14	การให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงถึงการดำเนินกิจกรรม การให้การอบรมทางด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมายทั้งภายในโรงพยาบาล <u>อย่างเป็นระบบ</u> แบบห้องเรียน (classroom) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยมีผลการประเมินการฝึกอบรม	0 1 2	- ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร - ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมาย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรมภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัย		
15	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงผลการประเมินการใช้คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน และหลักฐานแสดงการทบทวน ปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยอย่างน้อย 1 เรื่อง ในรอบปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มี การจัดทำ คู่มือ / แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการทบทวน คู่มือ / แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยฯ - นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน		
16	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	มีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ และจัดทำ/ร่วมจัดทำแผน รวมทั้งการซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอา	0 1 2	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล - ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ชีวอนามัย และความปลอดภัย เช่น มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ ฯลฯ	3	- ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล		
17	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไป ครอบคลุมทุกแผนก		
18	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR) ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร $IFR = (\text{จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ในเวลาที่กำหนดตามปีปฏิทิน} / \text{จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในเวลาเดียวกัน}) \times 1,000,000$	0 1	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ที่หยุดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: การคิดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE)	2 3	- อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09 -18 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\% $		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการ/สถานประกอบการ						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน						

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
19	การเดินสำรวจสถาน- ประกอบการ หรือสถานที่ ทำงาน เพื่อการบริหาร จัดการความเสี่ยง	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความ เสี่ยงจากการทำงานของลูกจ้างในสถาน ประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เช่น แบบ สำรวจสถานประกอบการของสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพฯ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับ ความเสี่ยง พร้อมทั้งมีรายงานสรุปที่แสดงถึง การให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการบริหาร จัดการความเสี่ยงแก่สถานประกอบการ หรือ สถานที่ทำงาน เสนอแนะ (พิจารณาการสำรวจสถานประกอบการที่มี ลูกจ้างเป็นแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขต เศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือ สถานที่ทำงาน และมีการประเมิน ความเสี่ยง - ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน ประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องใน การดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหาร จัดการความเสี่ยง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
20	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	มีรายงาน หรือหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหรือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ เป็นต้น	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและโปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การมีนวัตกรรมต่างๆ		
21	การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงถึงการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เช่น การจัดสัปดาห์ความปลอดภัยในการทำงาน การจัดบอร์ดนิทรรศการ การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ รวมทั้งการให้คำปรึกษาโดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆในการให้บริการ รวมทั้งหลักฐานแสดงการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ	0 1 2	- ไม่มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยที่มีความสอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยโดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆในการให้บริการ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีว- อนามัยฯโดยมีการประเมินและปรับปรุง กระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ		
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่ สงสัยโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการอาชีว- อนามัยของโรงพยาบาล	มีแนวปฏิบัติให้สถานประกอบการมีการคัด กรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล มีการ สนับสนุนสถานประกอบการในการคัดกรอง ส่ง ต่อ ๆ เช่น การจัดประชุม/อบรมการวิธีการ ดำเนินงานคัดกรองส่งต่อ โดยมีรายชื่อสถาน ประกอบการ และเอกสารแสดงจำนวนลูกจ้างที่ สถานประกอบการส่งตัวมาเพื่อการวินิจฉัย/ รักษาโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่ง ต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล - มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิด โรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการ ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง สถานประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุง ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง		
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้าน อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น แรงงาน	0	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ด้านอาชีวอนามัย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	สำหรับการดำเนินงาน จัดบริการอาชีวอนามัย	<p>ในระบบ และหรือ แร่งงานนอกระบบ โดยข้อมูลพื้นฐานควรประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล <p>ควรประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในแผนกต่างๆ สภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลพื้นฐานผู้ประกอบการอาชีวกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ประเภทกิจการ ที่ตั้ง จำนวน ขนาดของสถานประกอบการ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่งคุกคามหลักๆ - จำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ กลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น 	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบการอาชีวกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบการอาชีวครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ 		
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่	<p>มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 1 โครงการ (การเฝ้าระวังทางสุขภาพคือ การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่น การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้าระวัง</p>	0 1	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม - มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ 		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่	สิ่งคุกคาม อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ) โดยมีการวิเคราะห์และจัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม	2 3	- จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการ เฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี		
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุทั้งภายในและหรือภายนอกโรงพยาบาล โดยมีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการวารสาร เว็บไซต์ฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน - มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
26	จำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงานที่ได้รับการ จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนสถานประกอบการที่ ได้รับบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อ เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการ ดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงาน	0 1 2 3	-จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยลดลงเมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการ ดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถาน ประกอบการ/สถานที่ทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
27	การจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกันใน สถานประกอบการหรือ สถานที่ทำงานครบวงจร	มีหลักฐาน เอกสารแสดงถึงคุณภาพการ ดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย ด้าน ส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุม ประเด็นสำคัญดังนี้ - การเดินสำรวจ การประเมิน การจัด ระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและ การให้ข้อเสนอแนะในการจัดการบริหาร จัดการความเสี่ยง - การจัดทำรายการตรวจสุขภาพตาม ปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสมกับความเสี่ยง และ มีการจัดบริการตรวจสุขภาพ(ทั่วไปและ ตามปัจจัยเสี่ยง) โดยมีการวิเคราะห์ผล การตรวจสุขภาพดังกล่าว - การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีว อนามัยและความปลอดภัยกับการส่งเสริม สุขภาพองค์รวมให้เหมาะสมกับสภาวะ สุขภาพและความเสี่ยงจาก สภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1 2 3	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยใน สถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ ครอบคลุมประเด็น - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 1 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรองหรือส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน มายังโรงพยาบาล - การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงานบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Return to Work เช่น การกำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการประเมินที่โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน 				
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27(X) =		ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100$	=.....%	
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
28	การพัฒนาการเข้าถึงบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการ เข้ารับบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการ ประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทาง ต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ประเมิน และปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอนแนะ พิจารณาการจัดทำแนว ทางการเข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและควรมี ล่ามเพื่อสื่อภาษาในกรณีมีการให้บริการ แรงงานต่างด้าวจำนวนมาก)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับ บริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับ บริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุง กระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม		
29	การควบคุมคุณภาพการ ตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยง จากการทำงาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลัก วิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ของสำนัก โรคจากการประกอบอาชีพ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากร	0 1 2	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน - มีการตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยงจาก การทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้ มาตรฐาน - มีการตรวจสอบฯโดยบุคลากรที่ ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบ		

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		จากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจาก กระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีพอนามัย และความปลอดภัย	3	ความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ - มีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
30	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีพอนามัย และความปลอดภัยและมีเครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัดระดับความดังเสียง และเครื่องวัดระดับความร้อน (ดัชนี WBGT)) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบกับห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามระยะเวลาอย่างน้อย	0 1 2 3	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาขอาชีพอนามัยและความปลอดภัย - มีเครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		

ชื่อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ปีละ 1 ครั้ง หรือตามคู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสารรับรองการสอบเทียบ				

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
31	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจาก การทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม แนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/ โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อ หน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วย บริการอาชีวอนามัย เสนอแนะ (จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าว แบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะ เกิดโรคจากการทำงานและโรคจาก สิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัย จะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจาก สิ่งแวดล้อม - มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรค จากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด		
32	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการ ทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐาน แสดงการบันทึกรายงานข้อมูลโรคจากการ ทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง และ รายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบ อาชีพของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค รักษา โรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดย มีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	0 1 2	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค จากทำงาน - มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการ ทำงาน ตามแนวทางที่กำหนด - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงาน ตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวัง โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบ อาชีพ ของสำนักโรคจากการประกอบ อาชีพฯ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจาก สิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		
33	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสาน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจาก การทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิด ของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของ ผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรอบ ระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงาน - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตาม ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
34	การบริหารจัดการประเมิน และดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้า ทำงาน (Return to work management)	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการ ประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work) ในบุคลากรโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และมีการ ประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัด ฯ ในการประเมินเบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อ ประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง	0 1 2	- ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและ ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีการดำเนินการประเมินสภาวะ สุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้า		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย ภายหลังการกลับเข้าทำงาน (ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)	3	งานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการ ประเมินให้สถานประกอบการทราบ - มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะ สุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และ สรุปผลการเยี่ยมติดตาม		
35	การดูแล รักษา และติดตาม ผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน และ โรค จาก สิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ที่ บ้าน/สถานประกอบการ	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุ ทั้งจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ ได้รับการติดตามที่บ้าน หรือสถานประกอบการ จากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่ เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และในพื้นที่เพื่อการ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมารับการรักษา ต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบอาชีพภายนอก รพ. อาจ ดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการ รักษาต่อเนื่อง - มีการประสานกับหน่วยบริการที่ เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถาน ประกอบการ หรือประสานกับหน่วย บริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
36	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ - มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย		
37	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับ การซักประวัติเพื่อคัดกรอง โรคจากการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานด้วยการซักประวัติเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				เพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรค จากการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28-37 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
38	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ ที่อาจได้รับผลกระทบต่อ สุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรอง ผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อติดตาม/เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อ เพื่อการรักษา (พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	0 1 2 3	- ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจ ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจ ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามปัญหาในพื้นที่ - มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตาม แนวทางที่กำหนด - มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการ คัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการ ตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
39	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน - มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป		
40	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้มาจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ และข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุข หรือจากฐานข้อมูล	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม - มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ICD10 ข้อมูลจาก 43 แพ้ม หรือระบบรายงานอื่นๆ - มีการจัดทำแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ				
41	การสื่อสารความเสี่ยง ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสารความเสี่ยง การจัดนิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสาร ผ่านสื่อต่างๆ พร้อมทั้งมีการสรุปและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง และปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	0 1 2 3	- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง - มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง หรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้ อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย		
42	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้าน	มีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน เช่น ปัญหาหมอกควัน ปัญหาสารเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงาน เกิดเพลิงไหม้ ฯลฯ	0 1	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	มลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	<p>และมีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ</p> <p>รวมทั้งมีการซ้อมแผน (ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อย่างใดอย่างหนึ่ง) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>	2	- จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม		
			3	<p>- ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง</p> <p>- จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น</p>		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ38-42 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

คะแนน	คำอธิบาย
3	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความโดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
2	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น
1	เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง ในบางเรื่อง บางด้านแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ
0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์ หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลชุมชน

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	(คะแนนที่ได้/24) x100	70%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	(คะแนนที่ได้/30)x 100	70%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	(คะแนนที่ได้/27)x 100	70%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	10	30	(คะแนนที่ได้/30)x 100	70%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15	(คะแนนที่ได้/15) x100	50%ขึ้นไป *

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
รวม	42	126		

* หมายเหตุ

การแบ่งระดับโรงพยาบาลภายหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1,2 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 ร้อยละ 70

ระดับ ดี

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3,5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 70 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 50

ระดับ ดีมาก

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3,5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 3 ร้อยละ 70 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 60

ระดับ ดีเด่น

ต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมโดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 5 ร้อยละ 70 ขึ้นไป

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
เริ่มต้นพัฒนา	70	70	-	-	-
ดี	70	70	70	-	50
ดีมาก	70	70	70	-	60
ดีเด่น	70	70	70	70	70

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้
ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ
	4	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	3	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	2	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	1	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20
3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60
4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย
5.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 65 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว

สรุปคะแนน รพ.สต.ตัดดาว ปี 2560

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนน เต็ม	น้ำหนัก	หมายเหตุ
1	หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์	18		
2	หมวด ก การเงินและบัญชี	10		
3	หมวด ข การจัดสรรบุคลากร			ประเมินกับหมวด 3
4	หมวด ค การบริหารจัดการโครงสร้าง	50		
5	หมวด ง การจัดบริการสนับสนุน			
6	หมวด ง-1 IC	20		
7	หมวด ง-2 LAB	100		
8	หมวด ง-3 เกสซกรรม/ คบส.	50		
9	หมวด ง-4 IT	100		
10	หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	10		
11	หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	6		
12	หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	(10)		
13	4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP)	1		
14	4.2.1 OPD + 4.2.5 NCD	2		มีครบ = 1 คะแนน มีไม่ครบ = 0 คะแนน
15	4.2.2 ER	1		
16	4.2.3 ANC	1		
17	4.2.4 WCC	1		
18	4.2.6 แผนไทย	1		
19	4.2.7 ทันตกรรม	1		
20	4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care	1		
21	4.3.2 SRRT	1		
22	หมวด 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)	22		
23	หมวด 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)			
24	หมวด 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	5		
รวมคะแนน			100	

รพ.สต.ติดตาม 4 ดี

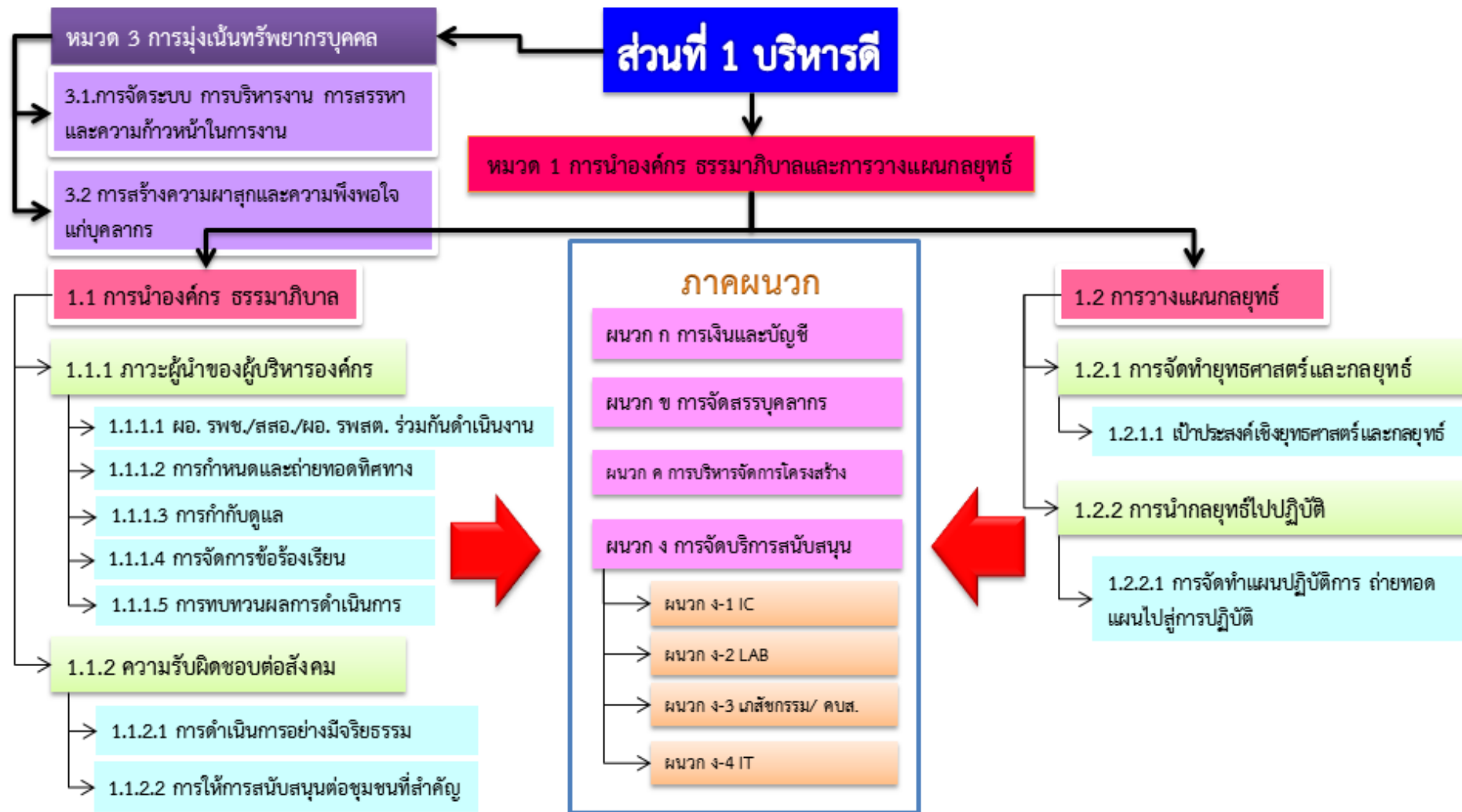
ส่วนที่ 1 บริหารดี

ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม

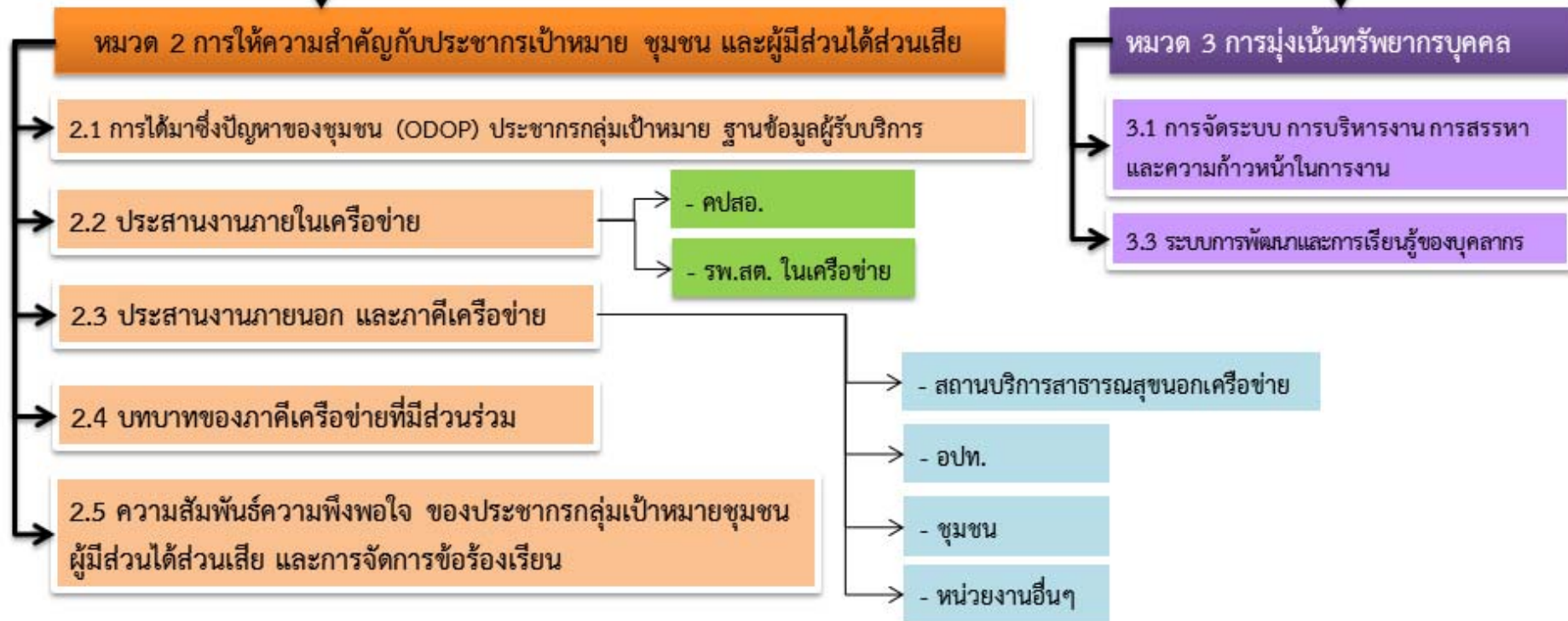
ส่วนที่ 3 บริหารดี

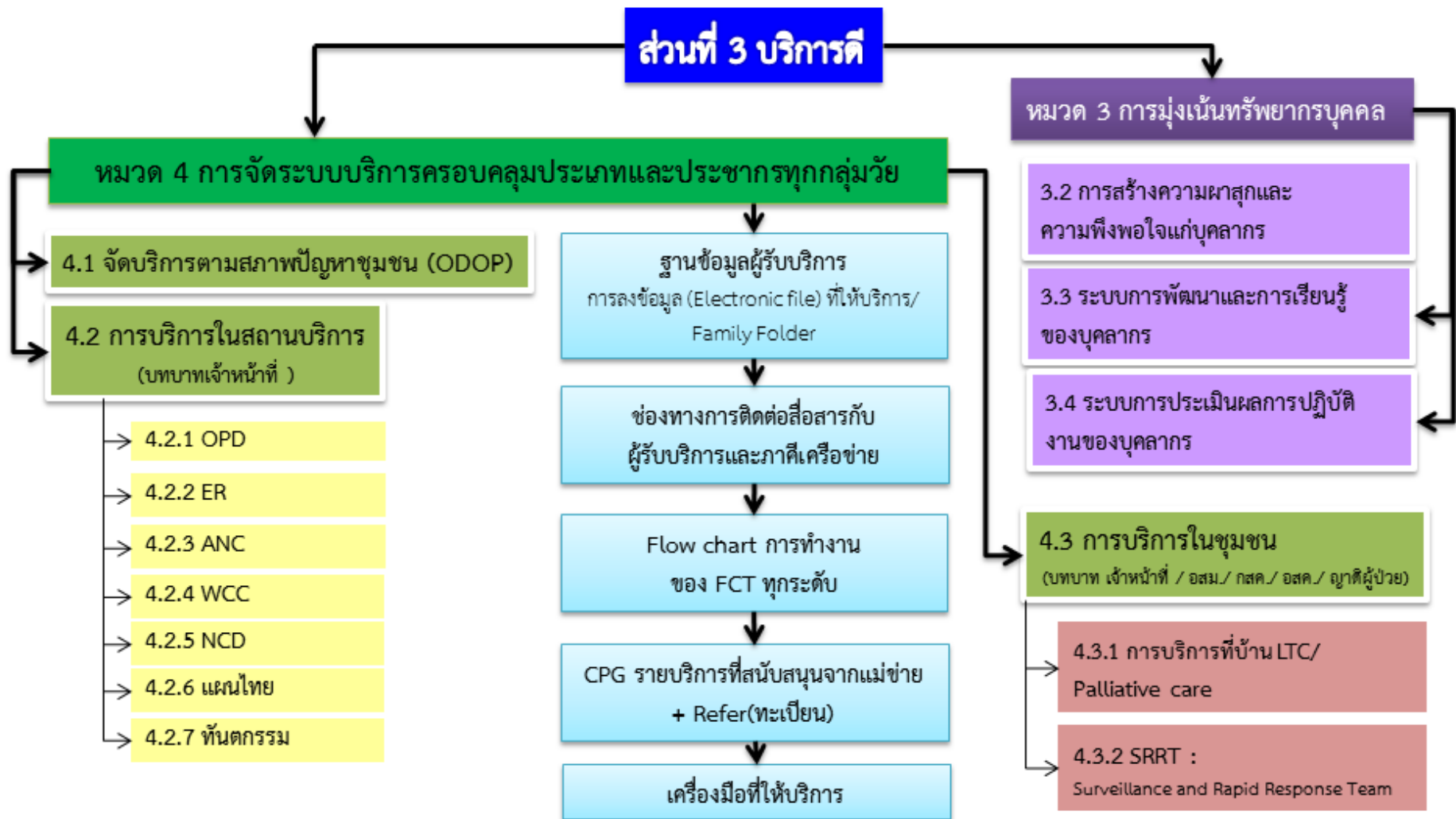
ส่วนที่ 4 ประชาชนมีสุขภาพดี

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์ 1.1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล 1.2 การวางแผนกลยุทธ์	<ul style="list-style-type: none"> * การเงินและบัญชี * การจัดสรรบุคลากร * การบริหารจัดการโครงการ * การจัดบริการสนับสนุน 	30 %
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ 2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย 2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย 2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม 2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของประชากรกลุ่มเป้าหมายชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน		10 %
หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 3.1 การจัดระบบ การบริหารงาน การสรรหาและความก้าวหน้าในการทำงาน 3.2 การสร้างความภาคภูมิใจและความพึงพอใจแก่บุคลากร 3.3 ระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร 3.4 ระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร 3.5 ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care)		10 %
หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน ODOP 4.2 การบริการในสถานบริการ 4.3 การบริการในชุมชน		30 %
หมวด 5 ผลลัพธ์ 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care) 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI) 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้		20 %



ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม





ส่วนที่ 4 ประชาชนมีสุขภาพดี

หมวด 5 ผลลัพธ์



เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 76 ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย

รายการ	ข้อบ่งใช้	จำนวนครั้งที่มา รับคำแนะนำ	สถานะ
ยาสมุนไพร			
แคปซูลสารสกัดขมิ้นชัน	บรรเทาอาการอักเสบในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	3	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
ยาอมหญ้าดอกขาว	อดบุหรี่	3	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
สเปรย์พ่นคอแก้ไอ	แก้ไอ	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
สารสกัดลำไย	บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ	2	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
ยาชีววัตถุ			
Acellular pertussis vaccine (aP)	วัคซีนรวมเพื่อป้องกันไอกรน	2	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
Tetanus-Diphtheria-acellular Pertussis (Tdap)	วัคซีนป้องกัน คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	2	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
Factor 8	Hemophilia A	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
IVIG	- ภาวะที่มี Gamma globulin ในซีรัมต่ำ - (Idiopathic Thrombocytopenic Purpura : ITP) - Guillain-Barre Syndrome - Kawasaki Syndrome	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
Albumin	- รักษาสมดุลของปริมาตรกรรไหลเวียนเลือด - รักษาปริมาตรของเหลวในร่างกายและรักษาสมดุลของของเหลวในระดับเนื้อเยื่อ - ใช้ในภาวะปริมาณโปรตีนในเลือดต่ำและปริมาณอัลบูมินในเลือดต่ำ	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
Allergen extract (diagnostic)	ชุดทดสอบภูมิแพ้	2	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
Influenza vaccine, seasonal	วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	4	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
Peg-interferon alfa 2a	ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ

ที่มา : สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 80 ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
รายชื่อกฎหมายสำคัญที่เน้นในการบังคับใช้ ปีงบประมาณ พ.ศ.2560

1. คดีการให้บริการทางการแพทย์
2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ
 - 2.1 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
 - 2.2 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
 - 2.3 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558
 - 2.4 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
 - 2.5 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551
 - 2.6 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 2.7 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 2.8 พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอย
 - 3.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

กฎหมายที่ต้องดำเนินการแปลเป็นภาษาอังกฤษในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 39 ฉบับ (กลุ่ม 4)	
ลำดับที่	ชื่อกฎหมาย
1	พระราชบัญญัติกาชาด พ.ศ. 2499
2	พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550
3	พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕
4	พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕
5	พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑
6	พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘
7	พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๔๒
8	พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๕๘
9	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
10	พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒
11	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558
12	พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑
13	พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
14	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒
15	พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
16	พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘

กฎหมายที่ต้องดำเนินการแปลเป็นภาษาอังกฤษในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 39 ฉบับ (กลุ่ม 4)	
ลำดับที่	ชื่อกฎหมาย
17	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
18	พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. ๒๕๓๓
19	พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑
20	พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕
21	พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘
22	พระราชบัญญัติองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๐๙
23	พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๘
24	พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528
25	พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
26	พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
27	พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙
28	พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕
29	พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544
30	พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547
31	พระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547
32	พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
33	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
34	พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556
35	พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556
36	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552
37	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันวัคซีนแห่งชาติ(องค์การมหาชน)พ.ศ. 25๕5
38	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543
39	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘

ภาคผนวก

ข

(แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและ

แบบรายงานตัวชี้วัด)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านมารดาและทารก

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

เป้าหมาย : 1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

1.1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ M1 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

1.2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม จังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

วัน/เดือน/ปี

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

วิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

1. เครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควรเป็นเครื่องวัดความดันโลหิตแบบวัดที่แขนด้วยวิธี Oscillometric
2. สิ่งแวดล้อมในที่วัดความดันโลหิต
 - 2.1 วัดความดันโลหิตในที่ที่สงบเงียบ อุณหภูมิกำลังสบาย
 - 2.2 นั่งวัดบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1-2 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต
 - 2.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ
 - 2.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่คาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง
 - 2.5 แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ
 - 2.6 อาจพิจารณาพันแผ่นผ้าพันต้นแขนทับแขนเสื้อที่บางเท่านั้น ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นผ้าพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง
3. การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้าให้วัดภายใน 1 ชั่วโมง (วัดก่อนกินยา และกินอาหารเช้า) ส่วนการวัดความดันโลหิตก่อนนอนเวลากลางคืน ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดความดันโลหิตหลังตื่นนอนตอนเช้า

แบบบันทึกการบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน

ตารางบันทึกค่าความดันโลหิต

วันที่	วัน/เดือน/ปี	เช้า ครั้งที่ 1		เช้า ครั้งที่ 2		ก่อนนอน ครั้งที่ 1		ก่อนนอน ครั้งที่ 2	
		ตัวบน/ตัวล่าง mmHg	HR (ครั้งต่อนาที)	ตัวบน/ตัวล่าง mmHg	HR (ครั้งต่อนาที)	ตัวบน/ตัวล่าง mmHg	HR (ครั้งต่อนาที)	ตัวบน/ตัวล่าง mmHg	HR (ครั้งต่อนาที)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = mmHg

ที่มา : รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2560 หน้า 84-86

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

แบบรายงานตัวชี้วัด 1-1 ร้อยละของสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้ที่ได้รับการประเมินและพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ สกุล ผู้รายงาน โทร. e mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อสถานที่ผลิต	ที่ตั้ง	ชนิดผักและผลไม้สดที่คัดและบรรจุ (ระบุสายพันธุ์)	ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต			การจัดทำฉลาก (มี/ไม่มี)			สถานที่กลุ่มเป้าหมายสำรวจเฝ้าระวัง			หมายเหตุ
				คะแนนรวม			ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต	เลขสถานที่ผลิต/นำเข้า	รหัสสัญลักษณ์หรือรูปแบบใดๆ บ่งชี้รุ่นการผลิต	ใช่	ไม่ใช่	ระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง (ระบุเดือน/ปี)	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อบกพร่อง							

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ / 02 590 7406.....

.....นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์ /นางสาวรวรวิญช์ พูลสวัสดิ์ 02 590 7030.....

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 : ร้อยละของสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ได้รับการประเมินและพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร. e-mail.....

วันที่รายงาน.....

วันที่เก็บตัวอย่าง

สถานที่เก็บตัวอย่าง	<input type="checkbox"/> ห้างค้าปลีก	<input type="checkbox"/> ตลาด ระบุชื่อร้าน/แผง หรือ อาคาร/ทะเบียนรถ.....
	ตำบล/แขวง.....	อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ลำดับ	ชนิดผักผลไม้ (ระบุสายพันธุ์)	ชื่อสถานที่เก็บตัวอย่าง (ระบุชื่อห้าง/ตลาด)	ยี่ห้อสินค้า (ถ้ามีระบุ)	ฉลาก	รหัสสินค้า (ถ้ามีระบุ)	แหล่งที่มา (ถ้าทราบให้ ระบุชื่อและ ที่ตั้ง)	รายละเอียดอื่นๆ ของตัวอย่าง (ถ้ามีระบุ)					รายละเอียดผู้ขาย (ระบุชื่อ-เบอร์ติดต่อ)	ช่วงระยะเวลา ที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง (ระบุเดือน/ปี)	หมายเหตุ
							ชื่อผู้ผลิต	วันเดือนปี ที่ผลิต	Lot no.	เครื่องหมาย รับรอง	อื่นๆ			
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										

หมายเหตุ : 1. หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวโรรัตน์ ถนอมกิจ โทร. 02-590-7406.....

ผู้ประสานงานตามตัวชี้วัด: นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์/นางสาวรวลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทร. 0-2590-7030

2. ส่งรายงานทาง e-mail : kb@fda.moph.go.th

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2

(ร่าง) แบบรายงานตัวชี้วัด 2 : ร้อยละของสถานที่มีผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนได้รับการตรวจประเมินและสั่งเก็บตัวอย่างความเข้มข้นที่กำหนด				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด _____				
ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน _____ โทร. _____ e-mail _____				
วันที่รายงาน _____				
1. กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี				
เขต/กิ่ง	จำนวนสถานที่มีผลิตภัณฑ์ตรวจประเมินและเก็บตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการรอผลวิเคราะห์ (รายการ)
2/2560				
1/2561				
2. กิจกรรมเฝ้าระวังประจำเดือน				
เดือน	จำนวนสถานที่มีผลิตภัณฑ์เก็บตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการรอผลวิเคราะห์ (รายการ)
ต.ค.-60				
พ.ย.-60				
ธ.ค.-60				
ม.ค.-61				
ก.พ.-61				
มี.ค.-61				
เม.ย.-61				
พ.ค.-61				
มิ.ย.-61				
ก.ค.-61				
ส.ค.-61				
ก.ย.-61				
หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ _____นางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ / 02-590-7206_____				
นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์ / นางสาวรวรรณีย์ พูลสวัสดิ์ 0-2590-7030				

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

สรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

หน่วยงาน.....

ประเภทที่เก็บ	รายการที่เก็บ	หัวข้อวิเคราะห์	สถานที่จัดเก็บ (โปรดเลือก)			จำนวนที่เก็บ	จำนวนที่ได้รับผลวิเคราะห์	ผลวิเคราะห์				สาเหตุที่ไม่เข้ามาตรฐาน		การดำเนินการในกรณีที่ไม่เข้ามาตรฐาน	
			ผลิต	นำเข้า	จำหน่าย			เข้ามาตรฐาน	ร้อยละ	ไม่เข้ามาตรฐาน	ร้อยละ	ระบุสาเหตุ	ระบุจำนวน		
1. เฝ้ารวังปกติ															
1.1 เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ	- IV Set														
	- Suction														

ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายถึง กลุ่มประเภทผลิตภัณฑ์ที่เก็บ

รายการที่เก็บ หมายถึง รายการย่อยที่เก็บ เช่น IV Set, Suction เป็นต้น

หากสำนัก/กองใด ไม่แยกกลุ่มผลิตภัณฑ์ ก็สามารถใส่รายการย่อยที่เก็บได้เลย

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>1.1 มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ อย่างเป็นระบบ</p>	<p>1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม กรณีที่มีพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่กำหนด หรือหากไม่มี ให้ใช้พื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาในพื้นที่นั้นๆ โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ</p> <p>* ข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม คือ พื้นที่เสี่ยงตามแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 ใน 46 จังหวัด ที่เป็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลัก คือ 1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเล็กทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ ทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ 3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)</p> <p>2) หากไม่มีทั้งพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่ระบุ และพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และควรมีดำเนินงานตามประเด็นตามนโยบายประเทศ เช่น ประเด็น ปัญหาตามนโยบายประเทศ ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น</p>	<p>1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามประเด็นในแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 คือ.....</p> <p>2) ประเด็นพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาหรือบริบทของพื้นที่ ที่ดำเนินการ คือ</p> <p>3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ (ได้แก่ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ระบบ NEHIS/ลักษณะอื่นๆ)</p>
<p>1.2 มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัด และมีข้อมูลประเด็นด้านอนามัย</p>	<p>มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่จำเป็นของจังหวัด ซึ่งมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาจากสถานการณ์ที่มี/ข้อมูลข่าวสาร/ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น/เหตุร้องเรียนต่างๆ/การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ มีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด</p>	<p>1) ประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่กำหนดในการจัดทำฐานข้อมูล คือ.....</p> <p>2) ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด ที่มีการจัดเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูล</p>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
สิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญของจังหวัด อย่างเป็นระบบ	เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ	คือ..... 3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ.....(ได้แก่ ระบบ NEHIS/ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ลักษณะอื่นๆ)
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น..... 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)
1.4 การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	- อธิบายวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และระบุประเด็นที่ทำการเฝ้าระวังในพื้นที่ มีประเด็นอะไรบ้าง
1.5 มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล	มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง/ เตือนภัย นำเข้าที่ประชุม อสจร. การใช้ข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น	- อธิบายวิธีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ว่าใช้ประโยชน์จากข้อมูลใด อย่างไร
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น.....

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
		2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)
2. กลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.)		
2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	หน่วยงานมีกลุ่ม/ฝ่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มงานอื่นที่ได้รับมอบหมายงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือกฎหมายสาธารณสุข หรือมีคำสั่งมอบหมายให้รับผิดชอบงานฝ่ายเลขานุการ อสจ.	กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด คือ.....
2.2 มีแผนการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีแผนการจัดประชุมฯ หรือโครงการที่แสดงถึงจำนวนครั้งการจัดประชุมกิจกรรม และงบประมาณการประชุม อสจ. ที่เป็นปัจจุบัน	มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานการจัดประชุม อสจ. คือ.....
2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีการดำเนินการตามแผนการจัดประชุม หรือโครงการ ตามข้อ 2.2 จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี หรือตามความเหมาะสม	กำหนดแผนการจัดประชุม.....ครั้งต่อไป และสามารถดำเนินการจัดประชุมได้.....ครั้งต่อปี (อธิบายปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน)
2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นทั่วไป หรือ ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของพื้นที่ หรือ ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ หรือประเด็นข้อกฎหมาย	มีข้อมูลนำเข้าไปประชุมในวาระเพื่อพิจารณาในรูปแบบของเอกสาร หรือไฟล์ข้อมูล ให้ที่ประชุมประกอบการพิจารณาเพื่อมีมติต่อประเด็นดังกล่าว โดยข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นปัญหาพื้นที่เสี่ยง หรือประเด็นตามนโยบาย หรือประเด็นกฎหมาย <u>ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
	<p><u>ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ</u> เช่น ประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลักคือ</p> <p>1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเล็กทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ 3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)</p> <p><u>ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น</p> <p><u>ประเด็นกฎหมาย</u> เช่น 1) การออกข้อกำหนดท้องถิ่น/ใบอนุญาต/หนังสือรับรองการแจ้ง/การออกคำสั่งทางปกครอง/การเปรียบเทียบและดำเนินคดี 2) การจัดการเหตุรำคาญ 3) หรือปัญหาข้อกฎหมาย เช่น การตีความ/อำนาจการบังคับใช้/อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น</p>	
<p>2.5 มีมติและติดตามจากที่ประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p>	<p>1) มีมติจากที่ประชุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัด</p> <p>2) ฝ่ายเลขานุการ มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจากมติจากการประชุม</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>
<p>2.6 มีการรายงานการประชุม</p>	<p>มีการสรุปรายงานผลการประชุม และส่งข้อมูลให้แก่ศูนย์อนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อสรุปในภาพรวมของศูนย์อนามัยต่อไปตามแบบฟอร์มของศคช. ให้แก่ศูนย์อนามัยฯ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>
<p>3. การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน</p>		

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
3.1 มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน	1) จังหวัดมีนโยบายหรือกำหนดตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน 2) มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.2 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1) มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนงาน 3) มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน เพื่อผลักดันการทำงานให้ได้ตามแผนงาน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.3 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	1) มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 2) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน 3) มีการทบทวนปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ	บุคลากรของหน่วยงานผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้	1) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม.....คน 2) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่อปท.และสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ จำนวน.....คน
3.5 มีการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตาม	อปท. ที่สมัครฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน	1) จำนวนอปท.ที่สมัครเข้ารับการประเมินฯแห่ง

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
เกณฑ์การรับรองคุณภาพในระดับพื้นฐาน		2) จำนวนอปท. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับพื้นฐานแห่ง
3.6 มีการพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	<p>1) มีแผนในการลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>2) ลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>3) มีการพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพแล้วเสร็จ อย่างน้อย 1 แห่ง</p>	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
4. จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย		
4.1 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข (ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535) ที่เป็นปัจจุบัน	มีการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลตามที่กำหนด โดยมีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการอื่นๆ) และมีฐานข้อมูลของสถานบริการการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของแหล่งกำเนิดมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด ประกอบด้วย รพ.สต. รพ.รัฐ สังกัดหน่วยงานอื่นๆ รพ.เอกชน คลินิกเอกชน รพ.สัตว์ คลินิกสัตว์ รวมทั้งมีข้อมูลบริษัทที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	1) ฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีข้อมูล คือ
4.2 จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสธจ.	มีกลไกการดำเนินงานเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา มูลฝอยติดเชื้อของจังหวัด เช่น การใช้กลไก อสธจ. หรือกลไกอื่นๆ โดยต้อง	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
	มีกลไกการประสานงานที่ชัดเจน เช่น มีการจัดประชุม การจัดทำ คณะทำงาน เป็นต้น	
4.3 มีแผนและรายงานผลการ ประเมินมาตรฐานการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงาน ไปยัง ศูนย์อนามัยเพื่อรวบรวมข้อมูลระดับศูนย์ และส่งต่อให้ส่วนกลางต่อไป	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)		
5.1 จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อ สนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความ เข้มแข็ง	มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการ จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5.2 จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อให้ เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) อย่าง น้อยตำบล ตำบลละ 1 ชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> 1) สนับสนุนองค์ความรู้แก่อปท. ในการร่วมสร้างตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ 2) ส่งเสริมให้เกิดแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้าน อวล. อย่างน้อย 1 คนต่อชุมชน 3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้ 4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อจัดการ อวล. ของชุมชน 5) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิภูมิมูลฝอย/ น้ำ /หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) อธิบายวิธีการดำเนินงาน 2) จำนวน รายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีการจัดการตัวเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน	
5.3 จังหวัดมีตำบลที่มีมนั นวัตกรรมชุมชนในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อ สุขภาพ	มีการดำเนินงานสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) และพัฒนาต่อยอดเป็น ตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อ สุขภาพ	ระบุวิธีการดำเนินงาน และรายชื่อตำบล ชุมชน ที่มี นวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพ
6. การส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน ใน 36 จังหวัดพื้นที่เสี่ยง		
6.1 สนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพให้กับ หน่วยบริการสุขภาพ	มีการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ ให้กับหน่วยบริการ สุขภาพ ทุกระดับในพื้นที่ที่มีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รพศ./รพท. / รพช. /รพ.สต./ สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา เช่น อศจ./ทสจ./ อศจ. /อปท./ สถานประกอบการ ฯลฯ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนข้อมูลรายงานสถานการณ์ฯ เว็บไซต์/ อินทราเน็ต (Intranet) ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.2 สนับสนุนให้หน่วยบริการ สุขภาพมีการสำรวจทางสุขภาพ หรือ ตรวจคัดกรองสุขภาพตาม ความเสี่ยง หรือ เฝ้าระวังสุขภาพ ตามความจำเป็น	มีการสนับสนุน/มีส่วนร่วม เพื่อการสำรวจข้อมูลหรือตรวจคัดกรองสุขภาพ ในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และ สนับสนุนการดำเนินงาน โดย การประชุมชี้แจง การให้องค์ความรู้ การ สนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง การร่วมลงพื้นที่ เป็นต้น พร้อมทั้งมีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานให้ผู้บริหารและหน่วยงาน ที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
6.3 บริหารจัดการให้มีการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หลักฐานในการสนับสนุน/มีส่วนในการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการดำเนินงาน มีการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ เอกสารความรู้ การจัดประชุมให้ความรู้ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนให้พื้นที่มีการจัดทำนวัตกรรม หรือ กระบวนการ หรือ รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.4 ประสาน สนับสนุนให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. /รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่เสี่ยง	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การจัดประชุมชี้แจง การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย เพื่อให้ รพศ./รพท. รพช. และรพ.สต. เกิดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่กรมควบคุมโรคกำหนด พร้อมสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารทราบ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.5 ประสาน สนับสนุน ติดตาม ให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับขั้นเริ่มต้นพัฒนา	รพศ./รพท. ที่ได้รับการสนับสนุนการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตาม ข้อ 6.4 มีผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ในระดับ ขั้นเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตายจากทุกหอ ผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วง เวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละอัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราตายทารกแรกเกิด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านทารกแรกเกิด

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000
ทารกเกิดมีชีพ)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000
ทารกเกิดมีชีพ)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่ เสียชีวิตภายในอายุ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิด มีชีพ (B)	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A/B) x1,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

(เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)

2. สถานการณ์.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

(เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล))

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F)ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล (A)	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (A/B)x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมแต่ละจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหน่วยบริการ.....รหัสสถานบริการ.....

(กรณีที่หน่วยต้องการรายงานให้กับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต)

ประจำเดือน

วันที่เข้ารับบริการ	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	เลขที่บัตรประชาชน	วันเดือนปีเกิด	อำเภอ	จังหวัด	รหัสโรคซึมเศร้า	คะแนน 9Q	คะแนน 8Q

หมายเหตุ

- วันที่เข้ารับบริการ คือ วันที่มารับบริการที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd เช่น 2013-09-07 : ตัวเลข 2013 คือ ปี ค.ศ. - 09 คือ เดือน กันยายน - 07 คือ วันที่ 7
- คำนำหน้าชื่อ ให้ลงข้อมูลเป็น นาย, นาง, นางสาว, น.ส., พระ
- เพศ ให้ลงข้อมูลในรูปแบบรหัส เพศชายให้ลงเป็น 1 เพศหญิงให้ลงเป็น 2
- เลขที่บัตรประชาชน ให้ลงข้อมูลในรูปแบบเลข 13 หลักของบัตรประชาชน
- วันเดือนปีเกิด ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd
- อำเภอ, จังหวัด คือ ที่อยู่ของผู้ป่วยที่มารักษาตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ให้ลงข้อมูลตามรูปแบบของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- รหัสโรคซึมเศร้า คือ รหัส ICD10 ตั้งแต่ F32, F33, F34.1, F38 และ F39 ให้ลงข้อมูลรูปแบบรหัส เช่น F32, F33,... เป็นต้น
- คะแนน 9Q, 8Q คือ คะแนนที่ประเมินได้จาก 9Q, 8Q ถ้ามีผลของการประเมินให้ลงข้อมูลรูปแบบตัวเลข เช่น 16, 10,... เป็นต้น

ผู้รายงาน.....

โทรศัพท์.....

E-mail.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล..... H code

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ไตรมาสที่1 (ต.ค-ธ.ค)	ไตรมาสที่2 (ม.ค-มี.ค)	ไตรมาสที่3 (เม.ย.-มิ.ย.)	ไตรมาสที่4 (ก.ค.-ก.ย.)	รวม
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด					
2	จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด					
3	อัตราตาย					
4	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)					
5	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic					
6	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม)					
7	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 4-5)ภายใน 3 ชม.					

หมายเหตุ :

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired
2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลา วินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลัง วินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.}}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่ง อาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามค่านิยามที่กำหนด

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 38 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)

ในผู้ป่วย STEMI ได้

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%) โดยดำเนินการครบทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน
2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน
3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI
4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ในเขตที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A)	รพ. ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ทั้งหมดในเขตนั้นๆ (B)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่ม เลือด (Fibrinolytic drug) ใน ผู้ป่วย STEMI ได้จริง(A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 39 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) (A)	จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ $(A/B)*100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ $(A/B)*100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 41 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229) (A)	จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 42 อัตราตายจากมะเร็งปอด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย:ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย:ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด(A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 43 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr

(เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr

(เป้าหมาย: > 50% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559)

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการ ลดลงของ eGFR< 4 ml/min/1.73 m ² /yr x 100 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (B)	Ax100/B	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้หน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านตา

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของเป้าหมาย)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของเป้าหมาย)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด (A)	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตากระทรวงสาธารณสุข (B)	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม
สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา
เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... วันที่รายงาน.....

ผู้รายงาน (นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

ลำดับ	รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมฯ	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
รวม	แห่ง	แห่ง	
ร้อยละผ่านเกณฑ์ฯ		ร้อยละ.....	

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

แบบ OHS.SA:รพศ./รพท.

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... จำนวนเตียง.....เตียง ระดับ () รพศ. () รพท.
2. โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน () HA () HPH () HNQA () ISO.....() มอก..... () อื่นๆ (ระบุ).....
3. จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....คน จำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลคน
4. โรงพยาบาลมีการจัดตั้งกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่
5. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมได้แบ่งงานออกเป็น 5 งาน ตามกรอบโครงสร้างกลุ่มงานฯของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่
6. จำนวนบุคลากรด้านวิชาการทั้งหมดในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม (ไม่รวมธุรการ, พนักงานบันทึกข้อมูล).....คน
(กรณีที่ยังรวมอยู่ในกลุ่มเวชกรรมสังคม ระบุจำนวนผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย.....คน)
 - 6.1 จำนวนแพทย์คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน)คน
อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน
 - 6.2 จำนวนพยาบาล.....คน
จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.....คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน)คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง).....คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ.....คน

6.3 จำนวนนักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม.....คน

จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย.....คน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อมคน

จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์คน คุณวุฒิอื่นๆ.....คน

6.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ.....คน

ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ

คำชี้แจง

1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น
2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลาย ลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพกลุ่ม อื่นๆ และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็น ลายลักษณ์อักษร - มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรใน โรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีว- อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับนโยบายตามบริบท ของพื้นที่	0 1 2	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีว อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีว อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ ประกอบอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม			
		3	- มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพ อื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่าง หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอก โรงพยาบาล			
03	การติดตามประเมินผล โครงการ พัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน ของโรงพยาบาล (Clinic)	0 1 2	- ไม่มีการติดตาม - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจาก การทำงาน - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจาก การทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่งรายงานฉบับ สมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด			
		3	- มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการ ครบทุกข้อ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
03	การติดตามประเมินผลแผนงาน/ โครงการทางด้าน อาชีวอนามัย (Non Clinic)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะติดตาม - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น รายไตรมาส - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อใช้ในการ จัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป			
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
04	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยตามกรอบ งานของกระทรวงสาธารณสุข	0 1 2 3	- ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมออกมาตามกรอบ โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตาม กรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตาม คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล,นักวิชาการ) - มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมีบุคลากรที่ มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะ ตำแหน่ง และจำนวนครบตามกรอบโครงสร้าง ข้อเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข			
05	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน อาชีวอนามัยและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ			
06	การจัดการความรู้ด้านงาน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ			
07	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา			
08	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและ	0 1	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในพื้นที่			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	สภาพแวดล้อมการทำงานระดับ จังหวัด และเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	2	- มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่าง น้อยปีละ 3 ครั้ง			
		3	- มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด			
09	การสนับสนุนให้โรงพยาบาล ชุมชนดำเนินการจัดบริการ อาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน			
		1	- มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพช. จัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม			
		2	- มีการสนับสนุน รพช. ให้มีการจัดบริการอาชีว-อนามัย หรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง			
		3	- มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X) / 27\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อการบริหาร จัดการความเสี่ยงจากการทำงาน	0	-ไม่มีการเดินสำรวจ			
		1	-มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกใน โรงพยาบาล			
		2	-มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความ เสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง			
		3	-มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตาม แผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
11	การควบคุมคุณภาพการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการ ทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตาม มาตรฐาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน -มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน -มีการตรวจสุขภาพฯโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือ ผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ			
12	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อม การทำงาน แก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วย เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ -มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการ ทำงาน -มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงาน -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน			
13	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยง ของงานแก่บุคลากรใน โรงพยาบาล	0 1	-ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่ จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	-มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและ ครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง			
		3	-มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและ ครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของ บุคลากรดังกล่าว			
14	การควบคุมคุณภาพการเก็บ สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพและการ รายงานผลการตรวจตามหลัก วิชาการ	0	-ไม่มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ			
		1	-จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ และรายงานผล			
		2	-มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติ ทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการ รับรองมาตรฐาน			
		3	-มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติ ทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการ รับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ			
15	การจัดทำรายงานผลการตรวจ สุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากร	0	-ไม่มีการจัดทำรายงาน			
		1	-มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี			
		2	-มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี			
		3	-มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจ สภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน			
16	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน			
17	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน -ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล -มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
18	ความครอบคลุมของ การจัดการความเสี่ยงเมื่อ สภาพแวดล้อมการทำงานของ โรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนก ต่างๆ ของโรงพยาบาล -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป ครอบคลุมทุกแผนก			
19	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจาก การทำงานของบุคลากรใน โรงพยาบาล	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่ม บุคลากร -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10-19 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการ หรือสถานประกอบการ						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน						

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
20	การเดินสำรวจสถานประกอบ- การ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการ บริหารจัดการความเสี่ยง	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่- ทำงาน -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่- ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง -ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน-ประกอบการ/ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการ ความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหาร จัดการความเสี่ยง			
21	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการวางแผน และออกแบบโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวาง แผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่ สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของ ผู้รับบริการ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การมี นวัตกรรมต่างๆ			
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการทำงานมายังหน่วย	0 1	-ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน -มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรค จากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	ให้บริการอาชีวอนามัยของ โรงพยาบาล	2	-มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่ง ต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วย ให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง			
		3	-มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการ อื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุง ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง			
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการ ดำเนินงานจัดบริการอาชีว- อนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย สำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย สำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับ ผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ			
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้า ระวังสิ่งคุกคามสุขภาพ ของลูกจ้างในสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหา ของพื้นที่	0 1 2	-ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม -มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญใน พื้นที่ -จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี			
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล -มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง			
26	จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน</u>			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
27	จำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงานที่ได้รับการ จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ อาชีวอนามัย <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ อาชีวอนามัย <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ อาชีวอนามัย <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถาน ประกอบการ/สถานที่ทำงาน</u>			
28	การจัดบริการอาชีวอนามัยด้าน ส่งเสริม ป้องกันในสถาน ประกอบการหรือสถานที่ทำงาน ครบวงจร	0 1 2 3	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร อย่าง น้อย 2 แห่ง -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 6 แห่งขึ้นไป			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20-28 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100$	=.....%
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					
29	การพัฒนาการเข้าถึงบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและ จัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับ บริการ	0 1 2 3	-ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับ บริการ -มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับ บริการ -มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ -มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้า ถึง บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม			
30	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน พร้อมใช้งาน	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการ สอบเทียบตามระยะเวลา			
31	เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน พร้อมใช้งาน	0 1 2	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-มีเครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการ สอบเทียบตามระยะเวลา			
32	การควบคุมคุณภาพการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกอง วิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟู จากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย			
33	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรค จากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการคัดกรอง -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการ ทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัด กรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรค จากสิ่งแวดล้อม -มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
34	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน -มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัยรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม -มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัย ตามที่กำหนดไว้ -มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ			
35	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
36	การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนทดแทน	0 1 2	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ -มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายและเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย			
37	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน -มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทนหัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ -มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม			
38	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	0 1 2 3	-ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง -มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง -มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
39	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	0 1	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงานจัดบริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	-มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ			
		3	-มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย			
40	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0	-ไม่มีการดำเนินการ			
		1	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา			
		2	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา			
		3	-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29-40 (X)	=		ผลลัพธ์ = $\{(X)/36\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$
	องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
41	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	0	-ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม			
		1	-มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่			
		2	-มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
42	การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวข้อง	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน -สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ			
43	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน -มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาดังกล่าว			
44	การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมใน	0	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	พื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	1	-มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม			
		2	-มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง			
		3	-สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
45	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	0	-ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง			
		1	-มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง			
		2	-มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง			
		3	-มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปีหรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย			
46	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	0	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม			
		1	-จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม			
		2	-ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น			
47	การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ	0 1 2 3	- ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการประเมินผลกระทบฯ - มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทนของโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการ หรือร่วมดำเนินการจัดการประเด็นปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการสนับสนุนข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่เข้าร่วมเพื่อจัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม			
48	การวิเคราะห์และสรุปข้อมูลการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก	0 1 2	-ไม่มีการรวบรวมข้อมูล -มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูลเชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และข้อมูล			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	มลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดใน แผนการรวบรวมข้อมูล อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน -มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูล ด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41-48 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

สรุปผลการประเมินตนเอง

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

() เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2)

() ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ5 (ร้อยละ50 ขึ้นไป))

() ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3และ5 (ร้อยละ70 ขึ้นไป)

() ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5)

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
3.

ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
3.

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- 1.....
- 2.....
3.

ข้อมูลทั่วไป

- 1.ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... จำนวนเตียง.....เตียง
- 2.โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน () HA () HPH () HNQA () ISO.....() มอก..... () อื่นๆ(ระบุ).....
- 3.จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....คน
- 4.ปัจจุบันงานอาชีวอนามัยอยู่ในกลุ่มงานใด
 - () กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ () กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม
 - () กลุ่มงานอื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 5.คุณสมบัติของผู้ที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล
 - 5.1 แพทย์คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีพเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน)คน
 - อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีพเวชศาสตร์)คน อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีพเวชศาสตร์)คน
 - 5.2 พยาบาล.....คน
 - จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.....คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน)คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง).....คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ.....คน

5.3 นักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม.....คน

จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยคน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อมคน

จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์คน คุณวุฒิอื่นๆ.....คน

5.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ.....คน

ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ

คำชี้แจง

1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น

2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของ โรงพยาบาลสนับสนุนการ ดำเนินงานด้านการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม	0 1 2	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการ อาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็น ลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์ อักษร			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการ สื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรใน โรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง			
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัย						
02	การจัดทำแผนงานด้าน อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับ นโยบายของโรงพยาบาลตาม บริบทของพื้นที่	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรใน โรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรใน โรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ หรือการ จัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพื่อดูแล ประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีว- อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประ- กอบอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
03	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย - มีผู้รับผิดชอบหลักงานด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีวอนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือ สาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้านอาชีวอนามัยหรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้างกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของกระทรวงสาธารณสุข หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม			
04	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
05	การจัดการความรู้ด้าน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวช- กรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการ ความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ			
06	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางาน ทางด้านอาชีวอนามัยและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว- อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดย ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว- อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดย ตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดย นำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
07	การทำงานร่วมกับเครือข่าย ภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนา งานอาชีวอนามัย ความ ปลอดภัย และสภาพแวด- ล้อมการทำงานและการ ดำเนินงานเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด หรืออำเภอ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีว- อนามัยฯ ในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับ เครือข่ายอาชีวอนามัยฯ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญ หรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ			
08	การสนับสนุนให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการจัดบริการอาชีว- อนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุนรพ.สต.ให้มีการจัดบริการอาชีว- อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย1แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังรพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01- 08 (X)=	ผลลัพธ์= { (X) /24 }x100 =.....%		
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
09	คณะกรรมการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัย ความ ปลอดภัยและสภาพแวดล้อม ในการทำงานของ โรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาท หน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและ สภาพแวดล้อมในการทำงาน - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุม โดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีว- อนามัยฯ - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มี ข้อเสนอแนะ/มติ /การติดตามผลการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัย			
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการ บริหารจัดการความเสี่ยงจาก การทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุก แผนกในโรงพยาบาล - มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการ ประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการ ความเสี่ยง - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการ ดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
11	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ - มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน			
12	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสียงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสียงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการกำหนดกลุ่มเสียงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด และครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสียง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสียงทุกคนรวมทั้งมีการ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			ติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว			
13	การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำรายงาน - มีรายงานผลการตรวจสอบสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี - มีผลการตรวจสอบสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี - มีรายงานผลการตรวจสอบสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน			
14	การให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน	0 1 2	- ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร - ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมาย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรม ภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีพอนามัย			
15	การจัดทำคู่มือ/แนวทาง ปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย ในการทำงาน สำหรับบุคลากรใน โรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงาน - มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงาน - มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อ ความปลอดภัยฯ - นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/ แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยใน การทำงานให้เป็นปัจจุบัน			
16	โรงพยาบาลจัดเตรียม ความพร้อมและตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉินทางด้านอาชีพอนามัย และความปลอดภัย	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล - ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อม ดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่ง ครั้ง พร้อมสรุปรายงาน - ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉิน ด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
17	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก			
18	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09-18 (X)=	ผลลัพธ์= $\{ (X) / 30 \} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน						

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
19	การเดินสำรวจสถาน- ประกอบการ หรือสถานที่ ทำงาน เพื่อการบริหาร จัดการความเสี่ยง	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือ สถานที่ทำงาน - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือ สถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง - ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน ประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการ ดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำ รายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง			
20	การจัดบริการสร้างเสริม สุขภาพโดยการวางแผน และออกแบบโปรแกรมสร้าง เสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับ สภาวะสุขภาพของ ผู้รับบริการ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อ นำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และ ความต้องการของผู้รับบริการ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายใน พื้นที่ การมีนวัตกรรมต่าง ๆ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
21	การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ ที่มีความสอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการให้บริการ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ โดยมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ 			
22	การสนับสนุนให้สถานประกอบการดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล	0 1 2	<ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล - มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการ อื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุง ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง			
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการดำเนินงาน จัดบริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆที่ นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้ง บุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และ แรงงานนอกระบบ			
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการ เฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพ ของลูกจ้างในสถาน ประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่	0 1	- ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่ง คุกคาม - มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหา สำคัญในพื้นที่			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	- จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการ เฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่			
		3	- วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี			
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0	- ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน			
		1	- มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมกรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล			
		2	- มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานกรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม			
		3	-มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง			
26	จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	0	- จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		1	- จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา			
		2	- จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา			
		3	- จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน			
27	การจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร	0	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น			
		1	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน ครบวงจร จำนวน 1 แห่ง			
		2	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน ครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง			
		3	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป			
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27 (X)		=	ผลลัพธ์ = $\{ (X)/27 \} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					
28	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่าน ช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการ เข้าถึงบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม- สิ่งแวดล้อม			
29	การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการ ตรวจตามมาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพฯโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา			
30	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	0 1 2 3	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติสาขาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย - มีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
31	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			
32	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน - มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานตามแนวทางที่กำหนด - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ - มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			
33	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	0	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		1	- มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน			
		2	- มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง			
		3	- มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
34	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	0	- ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน			
		1	- มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน			
		2	- มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ			
		3	- มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม			
35	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	0	- ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	ทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ที่ บ้าน/สถานประกอบการ	1	- มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษา ต่อเนื่อง			
		2	- มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องใน โรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
		3	- มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
36	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลย้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	0	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้ง เชิงรุกและเชิงรับ			
		1	-มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิง รุกและเชิงรับ			
		2	- มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึง พอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ			
		3	- มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการ ให้บริการอาชีวอนามัย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
37	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับ การซักประวัติเพื่อคัดกรอง โรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมี การดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการคัด กรองโรคจากการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28 - 37 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{ (X)/30 \} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
	องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
38	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ ที่อาจได้รับผลกระทบต่อ สุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม	0 1	- ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาใน พื้นที่			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	- มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			
		3	- มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองและคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
39	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	0	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ			
		1	- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ			
		2	- ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน			
		3	- มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาคือต่อไป			
40	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบ	0	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม			
		1	-มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	จากสิ่งคุกคามด้านมลพิษ สิ่งแวดล้อม)	2	-มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง			
		3	-สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพ พร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการใน พื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
41	การสื่อสารความเสี่ยง ผลกระทบต่อสุขภาพจาก มลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ ประชาชน บุคลากร และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ การป้องกันและแก้ไขปัญหา	0	- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง			
		1	- มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความ เสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง			
		2	- มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ ที่เกี่ยวข้อง			
		3	- มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือ ความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสาร ความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย			
42	การจัดเตรียมความพร้อมใน การรองรับภาวะฉุกเฉินด้าน มลพิษสิ่งแวดล้อมตามความ เสี่ยงในพื้นที่	0	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม			
		1	- จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมใน การรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้าน มลพิษสิ่งแวดล้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	- ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง			
		3	- จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 38-42 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

สรุปผลการประเมินตนเอง

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-2) | <input type="checkbox"/> ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 (ร้อยละ 50 ขึ้นไป)) |
| <input type="checkbox"/> ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 (ร้อยละ 60 ขึ้นไป)) | <input type="checkbox"/> ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1- 4และ 5 (ร้อยละ 70 ขึ้นไป)) |

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- 1.....
- 2.....
- 3.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 53 จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและแบบรายงานตัวชี้วัด
(สำหรับจังหวัดน่าน)

1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน

เมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน	
	1. เชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1)
	2. ปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)
	3. สกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8)
	4. สุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)

2. โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน				
1.1 มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม				
1.2 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด				
1.3 มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร				
มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร				
2.1 มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจาก แปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี				
2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์ สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง				
มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)				
3.1 เพิ่มจำนวน Shop / Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง				
3.2 มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพิ่มขึ้น				

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระจายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ 2) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan)				
มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)				
4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (จังหวัดน่านรอง)				
4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20				
4.3 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20				
สรุปผลการประเมิน				

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(สำหรับจังหวัดส่วนขยาย)

1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน

..... เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย			
	1. พิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2)		6. มหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7)
	2. อุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)		7. สุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9)
	3. สระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)		8. อำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10)
	4. นครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)		9. สงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)
	5. จันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)		

2. โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน				
1.1 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณ วัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด				
มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร				
2.1 มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร				
2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง				
มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)				
3.1 จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง				
3.2 บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพร ได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)				
มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)				
4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวม เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (จังหวัดส่วนขยาย)				
4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20				
4.3 . ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 20				
สรุปผลการประเมิน				

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้
ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
1.การวางแผนการผลิตและ พัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ	5	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/ วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับ บริการ		
	4	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	3	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	2	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	1	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
2.การสร้างความร่วมมือ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100		
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80		
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60		
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40		
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20		
3.การบริหารงบประมาณ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 100		
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90		
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80		
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70		
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่า ร้อยละ 60		
4.การบริหารจัดการด้าน การผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย		
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย		
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย		
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย		
5.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้ายลาออกลดลง ในระดับเขต)		
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)		
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ 20 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลงในระดับเขต)		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ 25 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)		
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ 30 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลงในระดับเขต)		

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ระดับบริการ.....ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....ผู้รวบรวมข้อมูล

1. ระดับปฐมภูมิ 2. ระดับทุติยภูมิ 3. ระดับตติยภูมิ 4. ระดับExcellence 5. เขตเศรษฐกิจพิเศษ

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับการ พัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ	1.แพทย์			
	2.ทันตแพทย์			
	3.เภสัชกร			
	4.พยาบาล			
	5.นักเทคนิคการแพทย์			
	6.นักกายภาพบำบัด			
	7.นักวิชาการสาธารณสุข			
2.กลุ่มสหวิชาชีพ	8.นักรังสีการแพทย์			
	9.นักกิจกรรมบำบัด			
	10.นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา			
	11.นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย			
	12.นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
	13.นักฟิสิกส์รังสี			
	14.แพทย์แผนไทย			
	15.นักวิชาการทันตสาธารณสุข			
	16.นักโภชนาการ			
	17.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์			
	18.นักสังคมสงเคราะห์			
	19.นักวิชาการศึกษาพิเศษ			
	20.นักกายอุปกรณ์			
21.นักวิชาการอาหารและยา				
3.บุคลากรสนับสนุน	22.เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข			
	23.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม			
	24.เจ้าพนักงานสาธารณสุข			
	25.เจ้าพนักงานเวชสถิติ			

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับการ พัฒนา
	26.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์			
	27.เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน			
	28.เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์			
4.บุคลากรสนับสนุน	1.นิติกร			
	2.นักทรัพยากรบุคคล			
	3.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี			
	4.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ			
	5.นักจัดการงานทั่วไป			
	6.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์			
	7.นักสถิติ			
	8.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา			
	9.เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์			
	10.เจ้าพนักงานธุรการ			
5.ผู้บริหาร	ระดับสูง			
	ระดับกลาง			
	ระดับต้น			
	รวมทั้งสิ้น			

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 5	เท่ากับร้อยละ	80-100
ระดับ 4	เท่ากับร้อยละ	60-80
ระดับ 3	เท่ากับร้อยละ	40-60
ระดับ 2	เท่ากับร้อยละ	20-40
ระดับ 1	เท่ากับร้อยละ	ต่ำกว่าร้อยละ 20

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 65 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม

แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน นเต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมภิบาล และการวางแผน กลยุทธ์	1.1 การนำองค์กรและธรรมภิบาล	(14)		สัมภาษณ์ / บันทึก และรายงานการ ประชุม	ระบบการนำ หมายถึง โครงสร้างและกลไกการ ตัดสินใจของผู้นำในองค์กร การสื่อสาร การนำผลการ ตัดสินใจดังกล่าวไปสู่การ ปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนา ผู้นำ/ผู้บริหาร การตอกย้ำ ค่านิยม ทิศทาง ความ คาดหวัง รวมทั้งความสัมพันธ์ ระหว่างผู้นำ
	1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร	(10)			
	1.1.1.1 ผอ.รพ./สสอ./ผอ.รพ.สต. ร่วมกันดำเนินงาน	(2)			
	- ไม่มีการประชุม ชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน ร่วมกัน	0			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง	1			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน ทุก 3 เดือน	2			
	1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอด ทิศทาง	(2)		- พิจารณาจากข้อมูล CPPC (Contracting Provider Profile) ร่วมกับการสัมภาษณ์ ที่ผู้นำผู้รับผิดชอบ โดยอธิบายแสดงพันธ กิจ เป้าหมาย ค่านิยม แผน ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการ ในการ จัดบริการสาธารณสุข โดยพิจารณาความ สอดคล้องกับสถานะ	วิสัยทัศน์ หมายถึง การมองไปใน อนาคต(Future Perspective) เป็นสิ่งที่จะบอกถึงสิ่งที่องค์กร อยากจะเป็นในอนาคตและ การกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมต้องคำนึงถึงความ ต้องการหรือผลประโยชน์จาก ประชาชน ชุมชน สังคม และ ผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่ รับผิดชอบ จุดอ่อน จุดแข็ง ขององค์กร ซึ่งวิสัยทัศน์และ เป้าประสงค์ อาจกล่าวถึง
	มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ มี แผนงานและโครงการ ที่สอดคล้องกับ สภาพสุขภาพของผู้รับบริการ และบริบท ของพื้นที่ มีการสื่อสารให้บุคลากรและผู้ มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบที่ระบุเป็นลาย ลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน				
- ไม่มีเอกสาร ไม่มีการดำเนินงาน	0				
- มีเอกสารไม่ครบถ้วน มีการ ดำเนินงานแต่ไม่มีการวิเคราะห์ผลการ ดำเนินงาน	1				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เพิ่มเติม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีเอกสารครบถ้วน มีการดำเนินงานและมีการวิเคราะห์ผล สรุปผลการดำเนินงาน	2		ของผู้รับบริการและตามบริบทของพื้นที่/มีแผนงานที่สอดคล้องกับแผนงานของ CUP ที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน - พิจารณาเอกสารร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบมีแผนงาน ที่สอดคล้องกับแผนงานของ CUP และสอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนหรือรูปแบบการบริการที่ปรารถนาในอนาคต 3-5 ปี เป็นต้น การสื่อสารทิศทางขององค์กร หมายถึง การสื่อสารทิศทางขององค์กรในอนาคตที่ต้องการให้บุคลากรในองค์กรได้รับทราบและเข้าใจเมื่อได้จัดทำวิสัยทัศน์และกำหนดเป้าประสงค์ คำนิยาม และความคาดหวัง ขององค์กรแล้วจะต้องมีกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์				- พิจารณาจากความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการนำวิสัยทัศน์พันธกิจ แผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ	บุคลากรได้รับทราบ ยอมรับ และนำไป ปฏิบัติอย่างจริงจัง ผู้บริหารสามารถดำเนินการได้หลายวิธีแต่วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพได้แก่การสื่อสารแบบสองทิศทาง (Two Way Communication) สร้างบรรยากาศที่ดีในทุกรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้ กระตุ้นให้บุคลากรในองค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของทิศทางดังกล่าวร่วมกัน สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความผาสุก
	1.1.1.3 การกำกับดูแล	(2)			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เพิ่มเติม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	มีการควบคุมกำกับและตรวจสอบ ผลลัพธ์ของงาน การเงินและการป้องกัน ทุจริต ประพฤติมิชอบ จัดระบบให้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการและผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ มีส่วนร่วม ตรวจสอบได้			- โครงสร้างการ บริหาร - ระเบียบปฏิบัติ การ กำกับดูแลตนเอง - มาตรฐานหรืออื่น ๆ ที่สอดคล้องกับ	การกำกับดูแล หมายถึง การ แสดงให้เห็นระบบการกำกับ ดูแลกิจการที่ดี ในด้านความ รับผิดชอบต่อการกระทำของ ผู้บริหาร ความรับผิดชอบด้าน การเงิน ความโปร่งใสในการ ดำเนินงาน การตรวจสอบที่
	- ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ	0		โครงสร้างการบริหาร	เป็นอิสระทั้งภายใน ภายนอก
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือน	1		- กฎระเบียบ หรือ นโยบายที่เกี่ยวข้อง	การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้ มีส่วนได้ส่วนเสีย
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือนและมีการทบทวนพิจารณาผลการ ดำเนินงาน แก้ไขปัญหาอุปสรรค อย่าง เป็นลายลักษณ์อักษร	2		- แนวทางการ ตรวจสอบ ประสิทธิภาพการ ปฏิบัติราชการ	
	1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน	(2)		- บันทึกอุบัติการณ์, การจัดการแก้ไขข้อ ร้องเรียน, สัมภาษณ์, สังเกต	ข้อร้องเรียน หมายถึง ข้อ ร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการทั้งจากภายใน/ ภายนอก ที่ไม่ได้รับการ ตอบสนองความทำให้ไม่พึง พอใจ และแจ้งขอให้ ตรวจสอบ แก้ไข หรือ ปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน
	มีระบบรับฟังความคิดเห็น รับข้อ ร้องเรียนในรูปแบบต่างๆ มีผู้รับผิดชอบ และมีแนวทางการแก้ไข มีการนำผลมา แก้ไขปรับปรุงการบริการ และประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่าง ต่อเนื่อง				
	- ไม่มีระบบ	0			
	- มีระบบ แต่ไม่มีการนำผลมาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่าง ต่อเนื่อง(น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง)และเป็น ลายลักษณ์อักษร	1			
	- มีระบบ และมีการนำผลมาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่าง ต่อเนื่อง (ทุก 3 เดือน)และเป็นลาย ลักษณ์อักษร	2			
หมวด 1	1.1.1.5 การทบทวนผลการ ดำเนินการ	(2)		แผนยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติการ/การ	การทบทวนผลการดำเนินงาน หมายถึง การแสดงให้เห็น

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เพิ่มเติม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์	มีการทบทวนผลการดำเนินงานและ จัดทำแผน เช่น การบริหารงาน การ จัดระบบสนับสนุนบริการ การให้บริการ การพัฒนาวิชาการ การสร้างแรงจูงใจ ระบบประเมินผลงาน การจัดลำดับ ความสำคัญของประเด็นที่ได้จากการ ทบทวน และค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อ แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน			วิเคราะห์และ ปรับปรุงแผนการ ดำเนินงาน	วิธีการในการเลือกและ รวบรวมข้อมูลและสารสนเทศ ที่มีความ สอดคล้องและ เชื่อมโยงกัน เพื่อใช้ในการ ติดตามผลการปฏิบัติงาน และ ผลการดำเนินการและนำผล การดำเนินงานมาทบทวน วิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนใน การดำเนินงานให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
	- ไม่มีการทบทวนและจัดทำแผน	0			
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็น ลายลักษณ์อักษรแต่ไม่ต่อเนื่อง (ปีละ 1 ครั้ง) และไม่มีผลลัพธ์ของการพัฒนา	1			
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็น ลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง (ปีละ 2 ครั้ง) และมีผลลัพธ์ของการพัฒนาเชิง ประจักษ์	2			
	1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม	(4)		เอกสารแสดงกฎและ ระเบียบ ในการ ปฏิบัติงาน	พฤติกรรมที่ปฏิบัติตาม กฎหมายและจรรยาบรรณ : หน่วยบริการ/องค์กร แสดงให้ เห็นว่ามีกระบวนการและ คาดการณ์ความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม/ และความกังวลของสาธารณะ เนื่องมาจากบริการ/การ ดำเนินงานขององค์กร และมี การเตรียมการแก้ไข รวมถึง การใช้กระบวนการที่ใช้ ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รักษา สิ่งแวดล้อม มีการกำหนด กระบวนการ เพื่อให้มีการ ปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ รวมทั้งลดความเสียหายด้าน ลบเหล่านั้น
	1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมี จรรยาบรรณ	(2)			
	มีกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นคำนิยาม และวัฒนธรรมในการทำงานของ บุคลากรที่ใช้ตัดสินความถูกต้องและ ความผิดของการ กระทำเป็นไปเพื่อ พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย				
	- ไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ	0			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็นลาย ลักษณ์อักษร แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ	1			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็น ลายลักษณ์อักษรและมีการนำไปปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เพิ่มเติม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่สำคัญ	(2)		รูปภาพกิจกรรม/การบันทึกการให้การสนับสนุนชุมชน	ชุมชน (Community) ครอบคลุมทั้งชุมชนทางภูมิศาสตร์ และชุมชนในลักษณะอื่นๆ เช่น กลุ่มบุคคลที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน หรือเครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น การสนับสนุนชุมชน (Community support) รวมถึงความพยายามในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่นในด้านการให้บริการ
	มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกับชุมชนนอกเหนือหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เพื่อให้ เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อชุมชน				
	- ไม่มีการสนับสนุนต่อชุมชน	0			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนแต่ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นในเชิงประจักษ์	1			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนและมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีภาพเชิงประจักษ์	2			
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์					การศึกษา สุขอนามัย สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น การสนับสนุนสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพ การช่วยให้สมาชิกในชุมชนพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นเพื่อสามารถรับผิดชอบและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำงานร่วมกับผู้อื่น เพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี
	1.2 การวางแผนกลยุทธ์	(4)		สัมภาษณ์วิธีการจัดทำแผน/การกำหนดเป้าประสงค์/แผน	กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่าอาจเป็นผลหรือผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้ : การจัดบริการใหม่ รายได้ที่
	1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	(2)			
	1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์	(2)			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เพิ่มเติม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1	มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุ เป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มี ความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริ มาณและเชิงคุณภาพ				เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้าง ความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆกับ บุคลากรหรืออาสาสมัคร การ เป็นศูนย์ความเป็นเลิศ การ เป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ ให้บริการเชิงบูรณาการ การ ตอบสนองความต้องการและ ความคาดหวังของผู้รับบริการ ชุมชนหรือความต้องการด้าน สาธารณสุข วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives) หมายถึงความมุ่งหมายที่ ชัดเจนขององค์กรเป็นสิ่งที่ องค์กรต้องการบรรลุเพื่อให้ สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะ ยาวขององค์กร และใช้เป็น แนวทางในการจัดสรรหรือ ปรับเปลี่ยนการจัดสรร ทรัพยากรขององค์กร
	- ไม่มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และ กลยุทธ์	0			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์แต่ไม่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้ง เชิงปริมาณและคุณภาพ	1			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิง ปริมาณและคุณภาพ	2			
การนำองค์กร	1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	(2)		สัมภาษณ์การนำกล ยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ	การถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การ ปฏิบัติ เช่น การจัดทำ แผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผน ไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ สำคัญ สร้างความมั่นใจใน ความยั่งยืนของการ เปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็นผล จากแผนปฏิบัติการ บุคลากร ตระหนักในบทบาทและการมี
ธรรมาภิบาล และการวาง แผนกลยุทธ์	1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการ ถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	(2)			
	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ ตอบสนอง สอดคล้องกับแผน ยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร(คน งบประมาณ) ให้เพียงพอต่อการ ดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่ บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วน ร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนด				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน นเต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของ แผนปฏิบัติการ				ส่วนร่วมต่อการบรรลุ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ (Action plan) หมายถึง แผนที่ระบุกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียดทรัพยากร ที่ต้องใช้ในช่วงเวลาที่ต้องทำ ให้สำเร็จ
	- ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และ ไม่มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	0			
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่มี การถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม ไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความ คืบหน้าของแผนปฏิบัติงาน	1			
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการ ถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็น รูปธรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม ความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ	2			
	รวมคะแนน	18			

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ก การเงินและบัญชี

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
การเงิน และ บัญชี	มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การง เงิน การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพุดมิชอบ			มีครบถ้วน 7 รายการ =10 คะแนน มี 6 รายการ 8 คะแนน	การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง หมายถึงการ ควบคุมดูแลการใช้ จ่ายเงินแผ่นดิน และ
	1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงิน ของหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบการเบิกจ่ายเงินถอนเงิน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานการเงิน			มี 5 รายการ 7 คะแนน พิจารณาจากหลักฐาน การดำเนินงานเช่น	ของหน่วยงานภาครัฐ ให้เป็นไปโดยถูกต้อง มี วินัย คุ่มค่า โปร่งใส
	2. มีแผนการใช้เงินงบประมาณและเงิน บำรุง			คำสั่งคณะกรรมการ/ แผนการใช้เงิน	และสามารถตรวจสอบ ได้ โดยการวางกรอบ
	3. มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็น ปัจจุบันถูกต้อง(404/407)			งบประมาณ เงินบำรุง / การควบคุมการรับ	หลักเกณฑ์กลางให้ หน่วยงานภาครัฐถือ ปฏิบัติ
	4. มีแฟ้มการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง			จ่ายเงิน/การจัดทำบัญชี เกณฑ์ คงค้าง/ การควบคุมการใช้	
	5. สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และ สรุปผลการใช้ประจำปี			ใบเสร็จรับเงิน/การ สรุปผล/การจัดซื้อจัด	
	6. มีแฟ้มการดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง เป็นปัจจุบัน			จ้าง/ ผล	
	7. ได้รับการตรวจสอบจาก คณะกรรมการตรวจสอบภายในปีละ 2 ครั้ง			การตรวจสอบของ คณะกรรมการ ตรวจสอบภายใน	

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.สภาพแวดล้อมภายนอก อาคาร (รวม 10 คะแนน)	1.1 การปรับปรุงสภาพ สิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร	(6)		สังเกต สํารวจ	สะอาด หมายถึง ความสะอาดบริเวณ สถานที่ มีความเป็น ระเบียบเรียบร้อย
	- บริเวณทั่วไปไม่สะอาด	1			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด	3			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด จัดเป็นสัดส่วนมีรั้วรอบ ขอบชิด	6			
	1.2.การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การเข้าถึงบริการ				
	1.2.1 การกำหนดจุดสำหรับ จอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน**	(2)		สังเกต/สอบถาม/ สํารวจ/สัมภาษณ์	จุดสำหรับจอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ จุด ที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถของผู้ป่วย ฉุกเฉินสามารถมาจอดเพื่อรับส่งผู้ป่วย ได้สะดวกและใกล้กับจุดที่กำหนดไว้ สำหรับให้บริการผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉิน
	- มี	2			
	- ไม่มี	0			
	1.2.2 การกำหนดจุดสำหรับ จอดรถผู้พิการ/ผู้ชรา	(2)			
	- ไม่มี	0		จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถผู้พิการ หมายถึง จัดที่จัดไว้สำหรับผู้พิการหรือ ทุพพลภาพ และคนชราต้องเป็นพื้นที่ สี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้างไม่น้อยกว่า 2,400 มิลลิเมตร และยาวไม่น้อยกว่า 6,000 มิลลิเมตร และจัดให้มีที่ว่างข้าง ที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า 1,000 มิลลิเมตร	
- มีแต่ไม่เป็นไปตาม มาตรฐาน	1				
- มีและเป็นไปตาม มาตรฐาน	2				
2.สภาพแวดล้อม ภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการตาม มาตรฐาน 5 ส	2.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ การดำเนินงาน 5 ส	(2)		การสังเกตและ สัมภาษณ์	
- มีการแบ่งพื้นที่ดำเนินการ และกำหนดผู้รับผิดชอบ	1				
- กำหนดผู้รับผิดชอบได้ ครอบคลุมทุกพื้นที่	1				

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.2 โต๊ะทำงาน	(3)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	ป้าย ส สะดวก หมายถึง ป้าย อธิบายถึงลักษณะ ของสิ่งของ เช่น ป้ายสารบัญแฟ้ม หนังสือ ป้าย อุปกรณ์สำนักงาน เป็นต้น
	- สะอาดและปราศจากคราบสกปรก	1			
	- ป้ายชื่อระบุชื่อ สกูล ตำแหน่งมีลักษณะ เดียวกันทุกโต๊ะภายในห้องนั้น	1			
	- ไม่มีสิ่งของซุกใต้โต๊ะทำงาน	1			
	2.3 โต๊ะคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์	(4)			ถังขยะ หมายถึง ถังขยะทั่วไปที่ใส่ ขยะแห้งหรือถังใส่ ขยะที่เท่านั้น ไม่ได้ ประเมินรวมกับถัง ขยะติดเชื้อที่ต้อง ประเมินตาม มาตรฐาน IC
	- สะอาด ปราศจากคราบสกปรก	1			
	- เมื่อใช้งานเสร็จแล้วให้ออกจากโปรแกรม และเก็บเอกสารที่ใช้ประกอบการทำงาน ให้เรียบร้อย(ไม่มีเอกสารวางทิ้งไว้บนโต๊ะ หลังเสร็จงาน)	1			
	- สาย อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์ต้องเก็บ ให้ปลอดภัยและเป็นระเบียบ	1			
	- มีการแยกประเภทของกระดาษพิมพ์งาน เพื่อความสะดวก และประหยัด (มีป้าย ส สะดวก)	1			
	2.4 ห้องทำงาน	(5)			
	-มีป้ายติดหน้าห้องระบุชื่อห้องทุกห้อง	1			
	-สะอาดปราศจากคราบสกปรก	1			
	-จัดวางวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและมี ป้ายบอกชัดเจน	1			
	-ถังขยะต้องมีฝาปิดมิดชิดและมีถุงพลาสติก รองรับ วางไว้ในที่เหมาะสม ตัวถังขยะภายนอก ต้องสะอาด ไม่มีเศษขยะล้นออกมานอกถัง	1			
	-อุปกรณ์ที่ควรใช้ร่วมกัน ให้จัดวางไว้ที่ใดที่หนึ่ง ของสำนักงาน เช่น กรรไกรตัดกระดาษ เครื่อง เย็บกระดาษ ที่เหลาดินสอ ปากกาเขียนแผ่นใส คัตเตอร์ เป็นต้น ทำป้าย ส สะดวกให้ ครอบคลุม และชัดเจน	1			

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.5 ตู้เก็บเอกสาร	(3)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	- มีป้าย ส สะดวก ติดไว้ให้ชัดเจน เป็นระเบียบ สวยงามทุกตู้	1			
	-ห้ามวางอุปกรณ์หลังตู้ที่สูงเกินมือ เอื้อมถึง	1			
	-ไม่มีฝุ่นละออง ไม่มีหยากไย่	1			
	2.6 การเก็บเอกสาร	(2)			
	-เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงานจะต้อง เป็นเอกสารปัจจุบัน หรือหากมี เอกสารย้อนหลังเกิน 1 ปีต้องเป็น เอกสารที่มีความจำเป็นต้องใช้ ข้อมูลเกี่ยวพันกัน และต้องระบุ จากปีไหนถึงปีไหน	1			
	-มีป้าย ส สะดวกให้ครอบคลุมและ ชัดเจนเหมือนกันทุกแฟ้มจัดเก็บ เป็นระเบียบ สวยงาม	1			
	2.7 โทรศัพท์	(2)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	-มีหมายเลขโทรศัพท์ภายในและ ภายนอกเพื่อความสะดวกในการ ติดต่อ	1			
	-ไม่มีคราบสกปรก ฝุ่นละอองและ หยากไย่	1			
	2.8 นาฬิกา	(1)		การสังเกต/ สอบถาม	ไม่เดิน/ไม่ตรงเวลา \pm 5 นาที่หัก 1 คะแนน
	-นาฬิกา	1			

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
3.ห้องส้วม (รวม 6 คะแนน)	3.1 ห้องส้วมทั่วไปสะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกใน การใช้บริการ	(3)		การสังเกต	สะอาด หมายถึง ไม่มีฝุ่น หรือหยากไย่ ไม่มีคราบ สกปรก ให้สังเกตบริเวณ ชอกมุม คอห่าน ภายใน ภายนอกโถส้วม และโถ ปัสสาวะด้วยห้องส้วมและ สุขภัณฑ์มีสภาพดี -พื้นห้องส้วมและบริเวณ ล้างมือต้องแห้ง หากพบว่า บางครั้งพื้นภายในห้องส้วม ไม่แห้ง แต่ถ้าพื้นไม่ลื่นและ ไม่มีน้ำขังถือว่าควรผ่าน การประเมินครั้งนี้ให้ขึ้นกับ ดุลพินิจของผู้ประเมิน ไม่มีกลิ่นเหม็น หมายถึง ไม่มีกลิ่นของอุจจาระและ ปัสสาวะและต้องไม่มีกลิ่น เหม็นขณะรดน้ำหรือกด ชักโครก
	-ไม่สะอาด	0			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น	1			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสง สว่างเพียงพอ การระบายอากาศดี	2			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสง สว่างเพียงพอ การระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่น	3			
3.2 .มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ	(3)			มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ต้องมีองค์ประกอบครบ 5 ขั้น ดังนี้ 1.โถส้วมนั่งราบแบบชักโครก 2.ประตูกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร 3.มีอ่างล้างมือ 4.มีทางลาดเข้าสู่ห้องส้วมผู้ พิการ 5.มีราวเหล็กจับพยุงตัว	
- ไม่มี	0				
- มี/ไม่สะอาด	1				
- มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มี กลิ่น	2				
- มี /สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่ มีกลิ่น สะดวกในการใช้บริการ	3				

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
4.บริการ (รวม 12 คะแนน)	4.1 จัดระบบคิวการรอตรวจตามลำดับก่อน หลังหรือตาม ความรุนแรงของโรค	(3)		การสังเกต และการ สัมภาษณ์	มีเครื่องมือ หรือ อุปกรณ์ในการออก บัตรคิว
	-ไม่มี	0			
	-มี แต่ไม่มีอุปกรณ์ที่ชัดเจน	1			
	-มีระบบคิวชัดเจนแต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง	2			
	-มีระบบคิวชัดเจน มีการดำเนินการต่อเนื่อง และมีการแจ้ง ให้ผู้รับบริการให้ทราบ	3			
	4.4 มีตารางการให้บริการในสถานบริการ	(3)		การสังเกต	
	-ไม่มี	0			
	-มี แต่ไม่มีการติดป้ายแสดงให้เห็นชัดเจน	1			
	-มีป้ายบอกชัดเจน เข้า/ป่วย นอกเวลาราชการ	2			
	-มีป้ายบอกชัดเจน เข้า ป่วย นอกเวลาราชการ ระบุชื่อ เจ้าหน้าที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ออก ปฏิบัติงานในพื้นที่	3			
	4.3 จัดให้มีทีวี วิทยุทัศน์ และสื่ออุปกรณ์อื่นๆ เผยแพร่ ความรู้ด้าน สุขภาพและเผยแพร่กิจกรรมกระทรวง	(3)		การ สังเกต และการ สัมภาษณ์	ความปลอดภัย หมายถึง อุปกรณ์ ทำ น้ำร้อน น้ำเย็น ไม่ ก่อให้เกิด ผลกระทบ อันตรายต่อ ร่างกาย เช่น ไฟรั่ว เป็นต้น ภาชนะใส่ น้ำดื่ม ถูกหลัก สุขาภิบาล พร้อมใช้
	- ไม่มี	0			
	- มีแต่ไม่มีการเผยแพร่	1			
	-มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ	2			
	- มีการเผยแพร่ความรู้ ด้านสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับ ODOP	3			
	4.4 มีบริการน้ำดื่ม(ร้อน เย็น) และเครื่องดื่มสมุนไพร ในช่วง เวลาเปิดให้บริการ	(3)			
	-ไม่มี	0			
	-มีเฉพาะน้ำเย็น	1			
	-มีทั้งน้ำร้อน น้ำเย็น	2			
	-มีน้ำร้อน น้ำเย็น และเครื่องดื่มสมุนไพรเพิ่มเติม และมี ความปลอดภัย	3			

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทาง พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.การ ออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร (รวม 6 คะแนน)	1.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	(2)		พิจารณาจาก Cup จัดระบบ สนับสนุนให้ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ เครือข่ายมีการ จัดระบบการ ป้องกันการติดเชื้อ	*กรณีรพ.สต.ลูกข่ายไม่มี RN ให้รพ. สต.แม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบร่วมได้ * กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบ ใน รพ.สต. อนุโลมให้เป็นพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล โดย ขอให้มีคำสั่งแต่งตั้งเป็นผู้รับผิดชอบ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีให้ 0 -หลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการ อบรม เนื้อหาในการอบรม -คำสั่ง โดยดูจากวันที่ลงนาม กลุ่มป่วย แผนครอบคลุมด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึงแผนในการดำเนินงานควบคุม และจัดการสิ่งแวดล้อมในรพ.สต.และ ในชุมชนที่รับผิดชอบ
	1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต	1			
	1.1.2 มีข้อ 1.1.1 และพยาบาลผู้รับผิดชอบ ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการ ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ1ครั้ง (อย่างน้อย1วัน)	0.6			
	1.1.3 มีข้อ 1.1.2 และมีหลักฐานการได้รับ การอบรมความรู้ของพยาบาลป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อและบุคลากรในรพ.สต. และมีคำสั่งแต่งตั้งพยาบาลป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ยึด ตามปีปฏิทิน)	0.4			
	1.3 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ	(2)		คู่มือทาง คู่มือ การป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ และคู่มือ กำกับติดตาม การใช้คู่มือ/ แนวทางปฏิบัติ ในการควบคุม การติดเชื้อใน รพ.สต.ตาม บริบทของพื้นที่	-คู่มือจัดทำในรูปของคณะกรรมการ ดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อ ภาพรวมของCUPนั้นๆและจัดทำ ภายใน 5 ปีก่อนการประเมิน -การถามอาจถามข้อใดข้อหนึ่ง อย่าง น้อย 1 เรื่อง เช่น การล้างมือ การ จัดการขยะ การเฝ้าระวังและติดตาม การ ติดเชื้อ หรือเรื่อง ที่ สอดคล้องกับ ODOP

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญและแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การ ออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร	1.3.1 มีคู่มือปฏิบัติงานด้านการ ป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	1			คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบันคือ มีการทบทวนและปรับปรุงคู่มือการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อภายในระยะเวลา 5 ปี
	1.3.2มีข้อ 1.3.1 และสุ่มสอบถาม เจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับแนวทางการ ปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือ ได้อย่าง ถูกต้อง	1			
2. การ ดำเนินงาน (รวมคะแนน 16 คะแนน)	2.1ระบบการเฝ้าระวัง	(1.5)		-สอบถามและ ตรวจดูรายงาน การเฝ้าระวังและ แนวทางการแก้ไข ปัญหา เป็นลาย ลักษณ์อักษรไม่ เน้น รูปแบบการ บันทึกแต่ สามารถ ตอบการสื่อสาร กันได้ -ดูผลการตรวจ สุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่ เฉพาะราย -ดูแผนการตรวจ สุขภาพ -ผลการตรวจ สุขภาพ -แผนการดูแลบุคคล กรกลุ่มดี กลุ่ม เสี่ยง กลุ่มป่วย	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การกำหนด กลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับ ODOP และ ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตามบริบทของ รพ.สต.นั้นๆ และมีการดำเนินการเฝ้าระวังทั้ง ในรพ.สต.และในชุมชน การตรวจสุขภาพประจำปีหมายถึง กิจกรรม การตรวจประเมินสุขภาพ โดยที่ผู้รับการตรวจ ยังไม่มีอาการผิดปกติ ยังอยู่ในภาวะที่ร่างกาย ยังปกติ และผู้ป่วยรู้สึกร่างกายยังสมบูรณ์ เป็นการตรวจที่ทำในทุกๆปี ปีละ 1 ครั้ง ซึ่ง เป็นการตรวจที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์/ สอบถามประวัติอาการ และประวัติทาง การแพทย์ต่างๆ การตรวจร่างกายโดยละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติ การที่จำเป็น การให้ วัคซีนป้องกันโรคตามคำแนะนำของกระทรวง สาธารณสุข และการให้คำปรึกษาสุขภาพที่ สอดคล้องกับสภาวะของผู้รับการตรวจแต่ละ ราย การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ หมายถึง การ วิเคราะห์จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีแล้ว แบ่งกลุ่มเป็น กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.1 .1มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	0.5			
	2.1.2มีข้อ 2.1 และมีผลการเฝ้า ระวังการติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมาย สำคัญ	1			
	2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี	(1.5)			
	2.2.1 บุคลากรตรวจสุขภาพ ประจำปีแต่ไม่ครบ 100%	0.5			
	2.2.2 บุคลากรตรวจสุขภาพ ประจำปีครบ 100%	0.25			
	2.2.3 มีผลการวิเคราะห์การตรวจ สุขภาพ	0.25			
	2.2.4 มีแผนการดูแลสุขภาพ บุคลากรกลุ่มเสี่ยง	0.25			
2.2.5 บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการ ดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงาน ตาม ความเหมาะสม	0.25				

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	(1.5)		ประเมินจาก *	การฉีดวัคซีนที่จำเป็นหมายถึงการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่และ วัคซีนที่ป้องกันกันโรค ระบาดตามการระบาด ของแต่ละพื้นที่
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 80 ขึ้นไป	1		รอบปีปฏิทิน *มีทะเบียน รายงานการฉีด วัคซีนไขหวัด ใหญ่ และ รายงานการฉีด วัคซีนตามการ ระบาดของ โรค ในพื้นที่(ให้ กระตุ้นตาความ เหมาะสม เช่น คอตีบ) หรือ - การสอบถาม เจ้าหน้าที่ หรือ -สมุดบันทึกการ ตรวจสุขภาพ ประจำปี	
	2.3.2บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตาม นโยบายของกระทรวงน้อยกว่าร้อยละ 80	0.5			
	2.4 แนวทางการปฏิบัติ	(2)		ดูโปสเตอร์/ป้าย	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลัง หมายถึงแนวทางที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มแทง เช่น ไปมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลังกระเด็นเข้าตา จมูก หรือผิวหนังสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลัง เป็นต้น
	2.4.1 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลัง ขณะ ปฏิบัติงานโดยติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์ ในพื้นที่ที่มองเห็นชัดเจน	1		แนวทาง ปฏิบัติ - สุ่มถามบุคลากร 1 คน - ขอคูรายงาน	
	2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และบุคลากรทราบและอธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง	0.5		การเกิด อุบัติเหตุ เมื่อเกิดอุบัติเหตุ	
	2.4.3 มีการบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	0.5		ไม่ เน้นรูปแบบ เอาตามแนวทาง ที่CUPกำหนด -กรณีที่ไม่ได้รับ อุบัติเหตุ	

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำ ความสะอาดมือ	(2)		สังเกตป้าย แสดงขั้นตอน การล้างมือ สุ่มบุคลากร 1 คน ตอบ คำถามและ	การทำความสะอาดมือ หมายถึงการ ขัดถูให้ทั่วมือ รวมทั้งช่องลายนิ้วมือ ด้วยสบู่หรือสารเคมีและน้ำ แล้วล้าง ออกให้สะอาด เป็นวิธีการที่มี ประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าที่สุดใน การควบคุมโรคติดเชื้อ การล้างมือ อย่างถูกวิธีร่วมกับการใช้ผ้าเช็ดมือที่ สะอาดทุกครั้ง สามารถลดการติดเชื้อ ในได้ การล้างมืออย่างถูกต้อง เหมาะสมจะสามารถลดการติดเชื้อใน โรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางด้าน สุขภาพ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการล้างมืออย่างถูกวิธี มี ความตระหนัก และเห็นความสำคัญ ของการล้างมือรวมทั้งมีพฤติกรรม การล้างมืออย่างถูกต้องและเหมาะสม จะสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ
	2.5.1 มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์แสดง ขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และมี อุปกรณ์ล้างมือเช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ด มือ เพียงพอพร้อมใช้	1			
	2.5.2 มีข้อ 2.5.1 และบุคลากรทำความ สะอาดมือได้ถูกต้อง	1		สาธิตการล้าง มือได้ถูกต้องไม่ เน้น ว่าเป็น พยาบาล	
	2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	(2)		- สังเกตภาพ หรือป้ายแสดง ขั้นตอน การ สวมและถอด อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคล - สุ่มบุคลากร 1 คน ให้สาธิต และตอบ คำถามการใช้ PPE	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบน อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือหลายส่วนใดส่วนหนึ่งของ ร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตราย ให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้อง ประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือ เป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะ แวดล้อมในการทำงาน
	2.6.1 มีการสื่อสารการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อม ใช้ ตามบริบทของพื้นที่	1			
	2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และ บุคลากรสามารถ ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่าง ถูกต้อง เหมาะสม	1			

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.7การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต	(1.5)		- สุ่มถาม - ตรวจสอบ สถานที่จริง - ป้ายสื่อสารการ ปฏิบัติกรณ โรคติดต่อที่ ต้องแยกพื้นที่ เช่น โรคฉี่หนู , ไข้หวัดนก คอ ติบ เป็นต้น	การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ใน การให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ต่อการแพร่กระจายเชื้อในรพ.สต เช่นผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น
	2.7.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	0.5			
	2.7.2ทราบแนวทางการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต.	0.5			
	2.7.3มีข้อ 2.7.1และ2.7.2และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	0.5			
	2.8 การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ	(2)		พิจารณาจากอุปกรณ์ และเครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อพร้อมใช้งาน	การควบคุมคุณภาพทางด้านชีวภาพ หมายถึงการทำ Spore test
	2.8 .1บุคลากรทราบแนวทางการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ และการควบคุมคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 3 ด้าน	1			
	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการควบคุมคุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง)	0.20			
	2.8.3มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อและ ควบคุมภายในห้องอุปกรณ์ทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ set พื้นฐาน, set suture, set คลอด, I&D	0.20			
	2.8.4มีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/เครื่อง/เดือน)	0.20			

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.8.5 มีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อนและการจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	0.20		สังเกต/ สัมภาษณ์ / สอบถาม กรณี ห่ออุปกรณ์ ปราศจากเชื้อ ชำรุด หรือ ไม่ พร้อมใช้ ตัด 0.2 คะแนน	การทำให้ปราศจากเชื้อหมายถึงกระบวนการในการทำลายหรือขจัดเชื้อจุลชีพทุกชนิด รวมทั้งสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียจากเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือที่ต้องผ่านเข้าสู่ส่วนของร่างกายที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ กระแสโลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น เครื่องมือผ่าตัด เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ใช้ฉีดเข้าเส้นอุปกรณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึ่งต้องสัมผัสกับเยื่อของร่างกายในระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องท้อง จะต้องได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ
	2.8.6 ไม่พบอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหมดอายุ	0.20			
	2.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	(2)		สุ่มดูมูลฝอยในถังมูลฝอย -สอบถาม/ สังเกต เช่น กรณีไม่มีรถขนขยะ โดยเฉพาะแต่ ต้องใช้รถคันเดียวกันขน ขยะ	“มูลฝอยติดเชื้อ” หมายความว่า มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ กรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชั้นสูตรศพหรือซาก สัตว์รวมทั้งใน การศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว
	2.9.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการ มูลฝอย ในรพ.สต.	1			
	2.9.2 การจัดเก็บมูลฝอยในพื้นที่/ห้องพักมูลฝอย ป้องกันสัตว์ แมลงคืบเข้าได้	0.25			
	2.9.3 มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผู้ป่วยที่นอนรักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแลถูกต้อง	0.25			
	2.9.4 การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปทำลายนอกรพ. สต. โดยรถขน ย้ายมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น *กรณีไม่มีรถที่ใช้ขนส่งขยะเฉพาะ ชั้นต่ำ ต้อง มีกล่อง หรือถัง ไม่มีรู มีฝาปิด ล็อคฝาได้ ใช้ส่งขยะติดเชื้อ	0.25			
	2.9.5 มีการเผาทำลายที่อุณหภูมิสูงอย่างน้อย 760 องศาเซลเซียส หรือนำส่งให้หน่วยงาน/ผู้ดำเนินการที่สามารถกำจัดมูลฝอย ได้มาตรฐาน	0.25			

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-2 LAB

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป	
1. ชื่อหน่วยบริการ	6. ประเภทหน่วยงาน () โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
2. ที่อยู่	ขนาด รพ.สต. ()เล็ก ()กลาง ()ใหญ่ ()รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ ขนาด รพ.สต. ()เล็ก ()กลาง ()ใหญ่ ()ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ. () รพศ. (ระบุชื่อ รพ.)..... () รพท. (ระบุชื่อ รพ.)..... () ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) () ศูนย์บริการสาธารณสุข ()สถานบริการสาธารณสุขชุมชน () อื่นๆ (ระบุ)
3. เครือข่ายบริการสุขภาพที่.....	
4. รหัสหน่วยงาน (5 หลัก)	
5. สังกัด () สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) () กรม (ระบุ) () อื่นๆ (ระบุ)	
7. อัตรากำลังของบุคลากร 7.1 ข้าราชการจำนวน คน 7.2 พนักงานราชการ จำนวน คน 7.3 ลูกจ้างประจำ จำนวน คน 7.4 ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน คน 7.5 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....คน 7.6 อื่นๆ (ระบุ).....จำนวน คน รวมทั้งหมด คน	8. ตำแหน่งบุคลากร (ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ) ดังนี้ 8.1 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน คน 8.2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวนคน 8.3 พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน.....คน 8.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน.... คน 8.5 ทันตภิบาล จำนวนคน 8.6 นักแพทย์แผนไทย จำนวนคน 8.7 อื่นๆ เช่น นักจัดการทั่วไป, ลูกจ้าง ฯลฯ จำนวน คน รวมทั้งหมด คน
ส่วนที่ 2 : ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ	
งานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	
1. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว	() มี () ไม่มี
2. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ	() มี () ไม่มี
3. การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)	() มี () ไม่มี
4. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)	() มี () ไม่มี
5. การเก็บตัวอย่าง Rectal swab	() มี () ไม่มี

ส่วนที่ 3 : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ						
โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุคะแนน ตามความเป็นจริง และนำค่าคะแนน (ข) ที่ประเมินได้ คูณ กับ น้ำหนัก (ก) ใส่ในช่อง ผลคะแนน (ค) ให้ครบถ้วนทุกข้อ						
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
1. บุคลากร ☆						
1	<p>1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรม จากรพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักในรพ.สต.ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม <p>1.2 มีบันทึกประวัติการอบรม</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนพนักงาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนพนักงาน ควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม 4 test หลักที่ให้บริการและเป็นปัจจุบัน 	3	ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รับการอบรม	ผู้ปฏิบัติหลักได้รับการอบรม	ไม่มีคนได้รับการอบรม	หลักฐานการอบรม/สอน
2	<p>1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> • คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน 	1	มี		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน
3	<p>1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพง. วิทยาลัยฯ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการ รับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถตัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ line / face book ได้ 	1	มีพร้อมบันทึกการขอรับคำปรึกษา		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน

2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน						
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ 	1	แยกเป็นสัดส่วน		ไม่เป็นที่เป็นทาง	ดู,สังเกต,ถาม
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้ 	1	Hct Centวางที่มั่นคงสะดวกใช้งาน	มั่นคงแต่มีความชื้น แดดส่อง	ไม่มั่นคง	ดู,สังเกต,ถาม,ลองขยับ
3. วัสดุ นํ้ายาและเครื่องมือทดสอบ ☆						
	3.1 วัสดุ นํ้ายา					
6	3.1.1 มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บวัสดุ และชุดนํ้ายาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> ในกรณีรพ.สต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอถูระบบการคัดเลือกหลักฐานการเบิกจ่ายต้องมีหมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกันกับของที่มีอยู่ในคลังจัดเก็บในอุณหภูมิถูกต้อง 	2	มีระบบและหลักฐานการเบิกจ่าย	หลักฐานการเบิกจ่ายไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานการเบิกจ่าย	ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม
7	3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของนํ้ายาและตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> มีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตามเอกสารกำกับนํ้ายา 	1	มีระบุ วันหมดอายุ	มีไม่ทุกชิ้น	ไม่มี	ดู,สังเกต,ถาม

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

- 1.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- 2.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- 3.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
วันที่ให้ข้อมูล
- 1.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- 2.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและผู้เกี่ยวข้อง

1. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
2. แนวทางการทำQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที
3. การจัดหา IQC material ให้รพช./รพท./รพศ./คปสอ.ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต ทำ IQC ส่งผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
4. การทำQCของHctให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ(input & process)ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเรื่อง ปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัด หรือ อาจใช้ known Control ให้ทำเป็นครั้งคราว ทำควบคุมไปด้วยก็ได้
5. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดยรพช./รพท./รพศ./CUPเป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ โดยทำ EQA หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (interlab Comparisons) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (สม.รับทำ 1 ครั้งสำหรับหน่วยงานที่ได้รับการรับรองปี2557)
6. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้
 - 6.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
 - 6.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
 - 6.3 การสุ่มตรวจรายงานผล
 - 6.4 การนำส่งตรวจต่อมีอุปกรณ์นำส่งที่มีฝาปิดมิดชิดและมีIce pack หรือน้ำแข็งสำหรับควบคุมอุณหภูมิ
 - 6.5 กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
 - 6.6 การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
 - 6.7 การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

	3.2 เครื่องมือทดสอบ					
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัท จำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องป้อน Hct ควรมีหมายเลขครุภัณฑ์ กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่เสนอแนะให้จัดทำให้ครบถ้วน 	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา <ul style="list-style-type: none"> สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ. สต. อายกข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ. สต. เองก็ได้ต้องรวม นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย 	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
10	3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน <ul style="list-style-type: none"> มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ เครื่องป้อน Hct สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องป้อนด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง มีการใช้นาฬิกาจับเวลา หรืออุปกรณ์อื่นที่มีการสอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที) 	3	มีครบ	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
	3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว					
11	3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยิบดู, สังเกต, ถาม
12	3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	1	มีอย่างน้อย 1 อัน		ไม่มี	หยิบดู, สังเกต, ถาม
3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ						
13	3.4.1 มีแถบวัด Sugar, Protein ในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและมีการใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือหมดอายุ	หยิบดู, สังเกต, ถาม
3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)						

14	3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุ และมีการใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
15	3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว) ● ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีฝาไม่หักคะแนนแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไซ	1	มี สะอาดแห้งใช้ครั้งเดียวทิ้ง		ไม่มีหรือมีไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง	หยิบดู ถาม
3.6. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)						
16	3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	1	มี ใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สมบูรณ์	หยิบดู ถาม
3. วัสดุ น้ายาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
17	3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/พิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช้แปรงถ่านแต่ใช้พิวส์ให้มีพิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง ● เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีพิวส์ ให้มีพิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้พิวส์สำรองแปรงถ่าน	1	มีตรวจสอบและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบแต่ไม่มีสำรองประจำเครื่องหรือไม่มีระบบสำรอง	ไม่มีตรวจสอบ	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
18	3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) ● capillary tubeสำหรับใช้ตรวจHctต้องไม่หมดอายุ กรณีมี แต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน)	1	มีและ ไม่หมดอายุ	-	ไม่มี	หยิบดู ถาม
19	3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ ● ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้บ้นน้ำไม่หลุด ไม่ใช้สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริง	1	มี ลักษณะใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ใช้งานไม่ได้	หยิบดู ถาม
20	3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด	1	มีเป็นlancetหรือเข็มเฉพาะเจาะปลายนิ้ว		ไม่มีหรือใช้เข็มเจาะแขนมาเจาะปลายนิ้ว	หยิบดู ถาม
21	3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและสอบเทียบอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง	มีแต่ไม่ได้สอบเทียบ	ไม่มี	ดู เอกสารหรือ stickerสอบเทียบ สังเกตถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ						
22	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และ วิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที ● ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้	2	มีคู่มือ		ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม

23	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ <ul style="list-style-type: none"> • กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจ โดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุ ชื่อ-นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จตัวเอง ตรวจเองไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ 	1	มี รายละเอียดครบ	มีแต่ไม่มีรายละเอียดที่ไม่สำคัญ	ไม่มีหรือมีแต่ไม่มีรายละเอียดครบตามที่ระบุ	หยิบดู ถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)						
24	4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	1	มีและแห้ง สะอาด ใช้ครั้งเดียว		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียว	หยิบดู ถาม
25	4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> • กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้กรณีส่งต่อให้ รพ.ที่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่งวันที่โดยใช้ฉลากติดเท่านั้น 	1	มี รายละเอียดครบ	มีแต่รายละเอียดไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดู ถาม
5. ขั้นตอนการทดสอบ ☆						
26	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> • คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ ต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุดตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ 	2	มีครบทุกการทดสอบ	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดู ตรวจสอบถาม
27	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> • บุคลากรผู้รับผิดชอบต้องสาธิตวิธีการตรวจวิเคราะห์ให้ดูทั้ง 4 รายการทดสอบและมีการสุ่มเลือกผู้สาธิต 	2	ปฏิบัติตามขั้นตอนถูกต้อง		ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน สังเกต ,ถาม
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆						

ข้อเสนอแนะ (ผู้ประเมิน)

.....

.....

.....

28	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> ควบคุมคุณภาพภายใน(IQC)อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งกรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหาก ควรทำ IQCโดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วยไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือด ทำ IQC 	3	ทำIQC ทุก การทดสอบ ความถี่เดือน ละ1ครั้ง	ทำไม่ครบหรือ ครบทุกการ ทดสอบแต่ หรือความถี่ ไม่ได้ตาม กำหนด	ไม่มีการทำ IQCเลย	ดู ,สังเกต,ถาม ดูหลักฐาน
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ (ต่อ) ☆						
29	6.2ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบ ผลระหว่างห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึก ทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขณะที่ออกตรวจ อาจไม่ ครบทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ 	2	ทำEQAหรือ Lab comparison ทุกการ ทดสอบ	มีแต่ทำไม่ ครบทุกการ ทดสอบ	ไม่มีการทำ เลย	ดู,สังเกต, ถาม ดูหลักฐาน
30	6.3กรณีทีพบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การ ควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออก นอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการ แก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> มีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพ ออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ 	1	มีการหา สาเหตุ แก้ไข และป้องกัน	มีแต่ไม่ สมบูรณ์	ไม่มีการ ดำเนินการ	ขอดูบันทึกการ ดำเนินการ
7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย						
31	ปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัย ทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง <p>7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตาม มาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ มีป้ายฆ่าเชื้อ โรค</p> <p>7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและ ความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็ม ทิ่มตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น</p>	1 1	มีการทำลาย ตัวอย่าง ถูกต้อง มีการใช้ มีคู่มือหรือWI		ไม่มีแนวทาง หรือทำไม่ ถูกต้อง ไม่มี	ถาม ให้อธิบาย สังเกตหลักฐาน แวดล้อม ถามหาเพื่อดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง
8. การรายงานผลการทดสอบ						
32	8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบ กรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่า วิกฤติ	2	มีทะเบียน หรือ เอกสารที่ ตรวจสอบผล	มีแต่ไม่ สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐาน แสดง	ถามหาเพื่อดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง

	<ul style="list-style-type: none"> มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT, น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ กรณีทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมดยอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. 2 คนช่วยกันตรวจ แต่ทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับอสม. ของรพ.สต.ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย 		หรือรายงานได้			
33	<p>8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วนผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจากรพ.ที่ส่งผลกลับมา กรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ 8.1 ได้ 	2	ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	มีแต่ข้อมูลไม่ครบถ้วน	ไม่มีใบรายงานผล	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
34	<p>8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี 	1	มีสำเนารายงานผล		ไม่มี	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
35	8.4 มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผลการตรวจกรณีส่งสิ่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	2	มีทะเบียนการส่งต่อและผลการตรวจ	ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้ครบถ้วน	ไม่มีและค้นหาไม่ได้	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
รวม						
ผลรวมคะแนน						
สรุปผลการตรวจติดตามและประเมินผล						
คะแนนเต็ม						
คะแนนที่ได้						
คิดเป็นร้อยละ						

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-3 เกณฑ์การประเมิน/ คู่มือของผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คปส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
1	บุคลากร (2 คะแนน) -มีเกณฑ์รับผิดชอบในการพัฒนางาน บริการแก่สุขภาพชุมชน อย่างน้อย 1 คน	-มีคำสั่งแต่งตั้ง และ -มีแผนการปฏิบัติการ และ ปฏิบัติงานจริง อย่างน้อย <u>ปีละ 4 ครั้ง</u>	-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการปฏิบัติการ และปฏิบัติงานจริงอย่าง น้อย ปีละ 2 ครั้ง (อย่างน้อยหนึ่ง)	-ไม่มีคำสั่ง แผนการ ปฏิบัติการ และไม่มีกรออก ปฏิบัติงานจริง		-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยม หรือผล ปฏิบัติงาน หรือเอกสาร อื่นๆ - ฯลฯ	
2	คลังยาและเวชภัณฑ์ (16 คะแนน) 2.1 มีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ เหมาะสม มีความมั่นคง ถาวร มีระบบป้องกันการ สูญหาย (มีกุญแจ 2 ดอก โดยมีเจ้าหน้าที่ถือคน ละดอก) 2.2 สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์มีความ สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกัน แสงแดดและความชื้น <u>สามารถป้องกัน สัตว์และแมลงได้</u>	-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น (มี กุญแจ 2 ดอกและมีคำสั่ง มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจ คนละ 1 ดอก มาพร้อมกัน) -มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย <u>6 เดือนนับแต่วันตรวจ</u> -ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิ ไม่เกิน 30 °c ความชื้นไม่เกิน 70%)	-ประตุมีกุญแจล็อก 2ชั้น (มีกุญแจ 2 ดอกโดยมี เจ้าหน้าที่ถือคนละดอก) -มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น แต่ไม่เป็น <u>ปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือนนับแต่วันตรวจ</u> -มีการบันทึกอุณหภูมิและ <u>ความชื้นเป็นปัจจุบันแต่ ไม่ผ่านเกณฑ์</u>	-ประตุมีกุญแจล็อก 1 ชั้น หรือ กรณีสถานที่เก็บยาและ เวชภัณฑ์อยู่นอกอาคาร รพ. สต. มีแต่ประตูกระจก ไม่มี เหล็กตัด -ยาถูกแสงแดด -ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิและ <u>ความชื้น</u> -คลังยาไม่สามารถป้องกัน <u>สัตว์และแมลงได้</u>		-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึก มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจคนละดอก -ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูก แสงแดด - เครื่องวัดอุณหภูมิและ ความชื้น -แบบบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		-คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้				(กรณี PCU รพ. ประเมินที่คลังยาที่เก็บยา รพ.สต.)	
	2.3 มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ อย่างเหมาะสม แยกเป็นหมวดหมู่ มีป้ายชื่อยาแต่ละรายการ ไม่วางยาและเวชภัณฑ์บนพื้นโดยตรง	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง --มีป้ายชื่อยาทุกรายการ (อย่างไรอย่างหนึ่ง)	-พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ		-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	
	2.4 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่าย (stock card) และลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายมีใบเบิก-บันทึกรายการจ่ายที่ถูกต้องตรงกับทะเบียนควบคุมคลังยา	-สุม stock card นับยา 10 รายการตรงทุกรายการ และ -มีใบเบิกยาจากคลังยา และมีกรลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) และวันที่ สอดคล้องกับ stock card	-สุม stock card นับยา 10 รายการตรงมากกว่า 5 รายการ -มีใบเบิกยาจากคลังยา (อย่างไรอย่างหนึ่ง)	-สุม stock card นับยา 10 รายการตรงน้อยกว่า 5 รายการ -ไม่มีใบเบิกยาจากคลังยา		- สุ่ม รบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ - รบ.301 หรือ stock card รพ.สต. ข้อมูลจำนวนรับ และวันที่รับยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจาก รพ.ที่รับยาเข้าคลัง รพ.สต.	
	2.5 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มียาในคลังจำนวนเพียงพอ	-ไม่มีขาด stock ในคลังยาหรือ จุดจ่ายยา	-ขาด stock ไม่เกิน 2 รายการ	-ขาด stock เกิน 2 รายการ		- สุ่ม รบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา	- ยาปฏิชีวนะ - ยาโรคเรื้อรัง (ถ้ามี) - และ ยา Life saving drug

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	2.6 ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยา เสียมสภาพหรือ หมดอายุทั้งในคลังยา และจุดบริการผู้ป่วย	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยา เสียมสภาพ หรือหมดอายุ และ ระบุวันเปิด วันหมดอายุ -มีการจัดเรียงยาแบบ <u>first expired first use</u>	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่ มีไซยาเสียมสภาพ หรือ หมดอายุ	-พบยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีไซยา เสียมสภาพหรือหมดอายุ		-สุ่มดูวันหมดอายุ และ ลักษณะภายนอกของ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยา (สุ่ม 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ เวชภัณฑ์ที่ มีไซยา 3 รายการ)	ยา multiple dose และ ยา pre-pack (ยาลด multiple dose 1 เดือน หลังเปิด น้ำเกลือล้าง แผล 24 ชม. ยา กระปุกและ ยา pre-pack 1 ปี)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	2.7 ตู้เย็นเก็บยา 2.8 ตู้เย็นเก็บวัคซีน <u>หัวข้อการประเมิน</u> 1.อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °Cและ อุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลัก วิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็น ปัจจุบัน 4. เทอร์มิเตอร์ได้มาตรฐาน มี สติกเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและ ไม่หมดอายุ 5. เก็บยาและวัคซีนเป็นสัดส่วนไม่ปะปน กันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟม เพื่อควบคุมอุณหภูมิ	ครบทั้ง 7 ข้อ	ไม่ครบทุกข้อ แต่ต้องมีข้อ 1,3,6	ไม่มีข้อ 1,3,6		- ตรวจสอบจาก เทอร์มิเตอร์ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิ ตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
3	<p>งานบริการเภสัชกรรม (16 คะแนน)</p> <p>3.1 มีบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ โดยมี ยาช่วยชีวิต และมีคู่มือการใช้ยา <u>ช่วยชีวิต</u> ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adrenaline injection 1:1000 2. Atropine injection 1:1000 3. 0.5% calcium chloride/gluconate 4. 20% dextrose หรือ 50% dextrose 5. Furosemide injection 6. Hydrocortisone/Dexamethasone 	<p>-มีบัญชีรายการยา รพ.สต. เป็นเอกสาร หรือ ไฟล์ ที่จัดทำต่างหากจากแผนจัดซื้อยา</p> <p>- ไม่มีรายการยา NED หรือ มีแต่ <u>ได้รับการอนุมัติจากผู้ตรวจราชการฯ หรือ อยู่ระหว่างการขออนุมัติ (แจ้ง สสจ.แล้ว)</u></p> <p>-มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต.และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต</p>	<p>-มีบัญชีรายการยา รพ.สต.</p> <p>-มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. หรือมีคู่มือการใช้ยา <u>ช่วยชีวิต</u> (อย่างไรอย่างหนึ่ง)</p>	-ไม่มีทุกข้อ		<p>- บัญชีรายการยา รพ.สต. และยาช่วยชีวิต</p> <p>-คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต</p>	
	<p>3.2 มีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการจัดยา และส่งมอบยา มีความรู้ด้านยา (โรงพยาบาลมีการจัดอบรมความรู้ด้านยาให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)</p>	<p>-มีการจัดอบรมเรื่องยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต</p>	<p>-มีการจัดอบรมเรื่องยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต.</p> <p>มีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต (อย่างไรอย่างหนึ่ง)</p>	-ไม่มีทุกข้อ		<p>-มีแผนการอบรม</p> <p>- มีหลักฐานผ่านการอบรม เช่น หนังสือเชิญอบรม</p> <p>- คู่มือการใช้ยาที่จำเป็นหรือสื่ออื่นๆ</p> <p>นอกเหนือจากยาช่วยชีวิต (<u>อาจเป็นคู่มือ</u></p>	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
						ฯ ของ รพ. หรือ จังหวัดก็ได้)	
	3.3 มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ โดยการติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่นใด ใน family folder <u>-มีแนวทางหรือการออกบัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร</u>	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ โดยการติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่นใด ใน family folder <u>-มีแนวทางหรือการออกบัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร</u> (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 3 ข้อ		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ ในคอมพิวเตอร์ หรือไฟล์ข้อมูล - family folder <u>- มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย กรณีแพทย์</u>	
	3.4 ยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูลครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา, มีการระบุวันหมดอายุในซองยา แบ่งบรรจุ (Pre-pack)	-มีข้อมูลครบถ้วน	-มีข้อมูล แต่ไม่ครบถ้วน	- ไม่มีข้อมูลรายละเอียดของยาที่ส่งมอบ		- ซองยา, ฉลากยา - สาธิตการจ่ายยาให้ดู	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	3.5 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปลอดภัย ได้แก่ ฉลากช่วย สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODOP	-มีฉลากช่วยในการใช้ยา -สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย	-มีฉลากช่วยในการใช้หรือสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 2 ข้อ		-ฉลากช่วย เช่น การใช้ยาหยอดตา การใช้ ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก -สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODOP	
หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
4	งานคุ้มครองผู้บริโภค (16คะแนน) 4.1 มีการจัดทำฐานข้อมูลร้านค้า แผงลอย, จำหน่ายอาหารแปรรูป (อย.) , อาหารปรุงจำหน่าย (CFGT), อาหารสด(ป้ายทอง), ตลาดสด, เครื่องสำอางสำหรับฝ้า ผิวขาว, ยา (ร้านขายของชำ) และสถานีวิทย์ในชุมชน ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	-มีการจัดทำฐานข้อมูลครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน (ปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง)	-มีการจัดทำฐานข้อมูล - จัดทำฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน (ปีละ 1 ครั้ง) (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-ไม่มีการจัดทำฐานข้อมูล		-ทะเบียนสรุปข้อมูล คบส.ของรพ.สต. แยก วิทยุหมู่บ้าน	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	<p>4.2 มีการดำเนินการตรวจสอบฝ้าระวัง อาหารสด อาหารแปรรูป ยา และ เครื่องสำอาง ในร้านค้า ตลาดสด แผง ลอยในชุมชน ประเด็นการตรวจสอบฝ้าระวัง - อาหาร (ฉลาก, อย., ที่ตั้ง, ผู้ผลิต, วันผลิต, วันหมด-อายุ, ด้านกายภาพ ,บรรจุภัณฑ์, การเก็บรักษา) - ยาที่ห้ามขาย ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ ยา นอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยาฉีด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก - เครื่องสำอาง -เครื่องสำอางที่ห้าม จำหน่าย 34 รายการที่ อย. ห้าม จำหน่าย ไม่ต้องดู lot ถ้าพบ ยี่ห้อนั้น ห้ามจำหน่าย) -เครื่องสำอางที่พบ สารห้ามใช้ที่ อย. ประกาศ (ดูเป็น lot)-ฉลากเครื่องสำอาง ที่ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีเลขที่ใบรับ แจ้ง 10 หลัก</p>	<p>-มีการดำเนินการตรวจสอบ ฝ้าระวังครบทุกประเภท และ เป็นปัจจุบัน - มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบ เชิงรุก ทำประชาคม จัดอบรม</p>	<p>-มีการดำเนินการ ตรวจสอบ ฝ้าระวังครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน - มีการแก้ไขปัญหา อย่าง น้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำ ประชาคม (อย่างน้อยหนึ่ง)</p>	ไม่มีทั้ง 2 อย่าง		-สรุปผลการดำเนินงาน/ บันทึกการดำเนินงาน	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	4.3 ร้านค้า ร้านชำ ไม่พบผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ผิดกฎหมาย	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้ง 2 ร้าน	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิด กฎหมาย 1 ร้าน	-พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายทั้ง 2 ร้าน		- สุ่มตรวจอาหาร และ ขนมตามแบบบันทึกการ สุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย	
	4.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มี องค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพครบ 3 ข้อทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้าน ชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพครบ 3 ข้อ จำนวน 1 ร้าน หรือ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ ไม่มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพทั้ง 2 ร้าน		- ผู้จำหน่ายร้านค้า มี ความรู้เกี่ยวกับฉลาก อาหาร (1).ดู อย. (2). ดู วันผลิต วันหมดอายุ ได้, (3). ทราบรายการยาที่ ห้ามขายในร้านค้า ตาม ข้อ 4.2	รายละเอียด ตามแบบบันทึก การสุ่มตรวจ ร้านค้า แนบ ท้าย
	4.5 มีการเฝ้าระวังการโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ผิดกฎหมาย (ยาและอาหาร) ในสถานี วิทยุ ป้ายโฆษณา รถเร่	-มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใน สถานีวิทยุ กรณีไม่มีสถานีวิทยุ ให้เฝ้าระวังป้ายโฆษณา รถเร่ และสรุปผล/บันทึก/หลักฐานการ ดำเนินงาน ให้อำเภอทราบ	-มีการดำเนินงานเฝ้า ระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์ สุขภาพ แต่ไม่มีสรุปผล/ บันทึก/ หลักฐาน การดำเนินงาน ให้ รพ. หรือ สสอ. ทราบ พบเพียงหลักฐานใน รพ. สสอ.	-ไม่มีการดำเนินการเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามแผน		-สรุปผลหรือบันทึก/ หลักฐานการดำเนินงาน - แผ่นป้ายโฆษณาใน ชุมชน	สอบถามข้อมูล จาก ชุมชนเพื่อ ยืนยัน

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	4.6 ร้านค้า ตลาด ที่ หรือ ทาง สาธารณะไม่พบการ ปิดแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย	ไม่พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์ สุขภาพผิดกฎหมาย	พบแผ่นป้ายโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิด กฎหมาย แต่มีการแจ้ง ข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ	พบแผ่นป้ายโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิด กฎหมาย แต่ ไม่มีการแจ้ง ข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ		- สํารวจแผ่นป้ายโฆษณา ที่ร้านค้า ตลาด ที่หรือ ทาง สาธารณะ	
	4.7 มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคร ได้แก่ กลุ่ม อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย	-มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย ทั้ง 2 กลุ่ม	-มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย. น้อย กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง	-ไม่มีการดำเนินการ		-แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์ผู้บริโภคร อสม. ม. ครู นักเรียน อย.น้อย (ถ้ามี)	พิจารณา หลักฐานตั้งแต่ ตุลาคม 2559 ถึงปัจจุบัน
	4.8 อสม. ครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วน ร่วมในการแก้ไขปัญหาการคุ้มครอง ผู้บริโภคในพื้นที่	- มีโครงการหรือกิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภค ในพื้นที่ ที่ อสม. และครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการ ดำเนินการทุกกลุ่ม	- มีโครงการหรือกิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหาการ คุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. หรือ ครูนักเรียน อย.น้อย จำนวน 1 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการ ดำเนินการ	-ไม่มีการดำเนินการ		-แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์ผู้บริโภคร อสม. ม. ครู นักเรียน อย.น้อย (ถ้ามี)	พิจารณา หลักฐานตั้งแต่ ตุลาคม 2559 ถึงปัจจุบัน

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-3 เกณฑ์กรรม/ คัดกรองผู้ประกอบการด้านสาธารณสุข : แบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า

*** (เอกสารแนบท้ายประกอบการประเมินงานเกณฑ์กรรม/ คัดกรองผู้ประกอบการด้านสาธารณสุข)

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประกอบการ.....ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

1. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง

ประเด็น	ตรวจ (รายการ)	พบไม่ถูกต้อง (รายการ)	ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่พบไม่ ถูกต้อง
1. อาหารที่ไม่มี อย. 10 ชนิด ได้แก่ นม นมเปรี้ยว ไอศกรีม น้ำดื่ม เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซอส น้ำปลา เครื่องปรุงรส อาหารกระป๋อง ขนมปั่น/เบเกอรี่ ที่มาจากแหล่งผลิตนอกอำเภอหรือไม่ทราบแหล่งที่มา			
2. อาหารตามข้อ 1 ที่ฉลากไม่มีวันเดือนปีผลิต/หมดอายุ			
3. ขนม/อาหารที่มีลักษณะกายภาพ/บรรจุภัณฑ์/ การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง/เสื่อมสภาพ หมดอายุ			
4. ยาห้ามขาย(ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยาฉีด ยาโรครื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก)			
5. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย.ห้ามขาย 34 รายการ			
6. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย. ประกาศผลตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้ (ตามรายการที่กำหนด)			
7. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ฉลากไม่ถูกต้อง(ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีฉลาก ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก)			
8. แผ่นป้ายโฆษณาอาหาร เครื่องดื่ม ยาที่ผิดกฎหมาย(1.อาหาร/เครื่องดื่ม โฆษณาสรรพคุณ ป้องกันรักษาโรค 2. ยา โฆษณา รักษาเบาหวาน มะเร็ง อัมพาต หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ไต บำรุงกาม คุมกำเนิด			

ประเด็น	ตรวจ (รายการ)	พบไม่ถูกต้อง (รายการ)	ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่พบไม่ ถูกต้อง
โฆษณาสรรพคุณยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือโฆษณาชิงโชค ส่งกล่องยารับรางวัล)			

2. การทดสอบความรู้ผู้จำหน่าย

- ดูเครื่องหมาย อย.บนฉลาก อาหาร () ถูกต้อง () ไม่ถูกต้อง
- ดูวันผลิต วันหมดอายุในฉลากอาหาร () ถูกต้อง () ไม่ถูกต้อง
- รายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า () รู้ () ไม่รู้

ลงชื่อ..... ผู้ประกอบการร้านค้า

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

**รายการเครื่องสำอางสำหรับฝ้า 34 รายการที่ห้ามขายตาม
ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย
ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2552 และ ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2552**

1. BEANNE บีแอน ครีมไข่มุกตราแตร
2. แอนต์-ฟาร์ ครีม
3. แอนต์-ฟาร์ โลชั่นกันฝ้า ปรับผิว
4. ROSE ครีมขจัดฝ้า
5. FAR-ACT ครีมรักษาฝ้า
6. CN คลินิก 99
7. ครีมฝ้าเมลาแคร์
8. โลชั่นกันแดด กันฝ้า เมลาแคร์
9. ครีมวินเซิร์ฟ
10. โลชั่นวินเซิร์ฟ ลดฝ้ากันแดด
11. MUI LEE HIANG PEARL CREAM
12. เอสจี โลชั่นปรับสภาพผิว
13. เลนาว ครีมบำรุงผิวหน้ากลางคืน
14. NEW CARE นิวแคร์ ครีมประทินผิว
15. NEW CARE นิวแคร์ โลชั่นปรับสภาพผิว
16. 3 ทรีเดย์ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอยหมองคล้ำ
17. 3 ทรีเดย์ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
18. 3 ทรีเดย์ เนเซอร์ล ครีมทาสิว
19. 3 ทรีเดย์ เนเซอร์ล โลชั่นป้องกันแสงแดด
20. พรีเม่ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอย
21. พรีเม่ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
22. มิสเดย์ ครีมแก้สิว
23. มิสเดย์ ครีมแก้ฝ้า
24. พอลล่า ครีมทาสิว
25. พอลล่า ครีมทาฝ้า
26. พอลล่า โลชั่นกันแดดรักษาฝ้า
27. ครีมชาเขียว DR. JAPAN
28. ครีมชาเขียว MISS JAPAN
29. ชิชาเดะ ครีมหน้าขาว โสมผสมไข่มุกญี่ปุ่น
30. ครีมบัวหิมะ หลิง หลิง
31. ครีม QIAN MEI
32. ครีม QIAN LI
33. ครีม CAI NI YA
34. ครีม JIAO LING

ข้อเสนอแนะ (ผู้ประเมิน)

.....

.....

.....

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-4 IT

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล (25 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (25 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (25 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การจัดการความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์ (25 คะแนน)

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล (25 คะแนน)

ประเด็น	การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.1 การจัดการระบบบันทึกข้อมูล (10 คะแนน)	1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ. สด.มีประสิทธิภาพและปรับปรุงเป็นปัจจุบัน 2. บันทึกข้อมูลบริการ (OP) ขณะให้บริการหรือบันทึกเสร็จสิ้นภายในวันที่ให้บริการโดยส่งข้อมูลบริการ (ตุลาคม 2559 – สิ้นเดือน ก่อนการประเมิน)และตรวจนับร้อยละการบันทึกข้อมูลจากตาราง Vist ของ JHICS หรือตาราง ovst ของ HOSXP PCU - ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน - ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน - ร้อยละ 80-89 = 6 คะแนน - ร้อยละ 90-100 = 8 คะแนน	2 8	
1.2 การตรวจสอบและการจัดส่งข้อมูล (7 คะแนน)	1. มีการจัดส่งข้อมูล 43 แฟ้มสม่ำเสมอ - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อเดือน = 1 คะแนน - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน - ส่งข้อมูลทุกวัน = 5 คะแนน 2. มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งให้อำเภอ/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง มีเอกสารหรือข้อมูลประกอบการตรวจสอบข้อมูล - มีการตรวจแต่ไม่มีเอกสาร = 1 คะแนน - มีการตรวจและมีเอกสาร = 2 คะแนน	5 2	
1.3 คุณภาพของข้อมูล (8 คะแนน)	ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านการตรวจคุณภาพด้วยโปรแกรม OPPP-2010 (ตุลาคม 2559-ปัจจุบัน) - น้อยกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน - ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน - ร้อยละ 80-89 = 6 คะแนน - ร้อยละ 90-100 = 8 คะแนน สุ่มตรวจ 1 เดือน (ตุลาคม 2559 – เดือนก่อนการประเมิน)	8	
รวม		25	

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
<p>1. มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเรื่องแม่ข่าย</p> <p>- น้อยกว่า 1:0.50 = 1 คะแนน - 1:0.50 – 0.59 = 2 คะแนน</p> <p>- 1:0.60 – 0.69 = 3 คะแนน - 1:0.70 – 0.79 = 4 คะแนน</p> <p>- 1:0.80 – 0.89 = 5 คะแนน</p>	5	
<p>2. มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ</p> <p>- ไม่มี = 0 คะแนน</p> <p>- มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูล และไม่ใช้งานอื่น = 3 คะแนน</p> <p>- มี = 5 คะแนน</p>	5	
<p>3. มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล บริการของ รพ.สต.</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน</p>	5	
<p>4. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมีปัญหา</p> <p>4.1 มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart)</p> <p>- ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน</p> <p>4.2 มีโปรแกรม แอนตี้ไวรัสแท้ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux</p> <p>- ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน</p> <p>4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (Ups) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย</p> <p>- ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน</p>	6	
<p>5. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>- ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = 0 คะแนน</p> <p>- มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง = 2 คะแนน</p>	2	
<p>6. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ</p> <p>- ไม่มีระบบ = 0 คะแนน</p> <p>- มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = 2 คะแนน</p>	2	
รวม	25	

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<p>1. มีข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตามประชากร 5 กลุ่มวัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ - 5 ปี) - กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 - 14 ปี) - กลุ่มวัยรุ่น (15 - 21 ปี) - กลุ่มวัยทำงาน (21 - 59 ปี) - กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (6๐ ปี ขึ้นไป) <p>มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 1 - 2 กลุ่มวัย = 3 คะแนน มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 3 - 5 กลุ่มวัย = 6 คะแนน</p>	6	
<p>2. มีแผนงานโครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพตามการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 2 ลำดับปัญหา = 3 คะแนน - มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 3 - 5 ลำดับปัญหา = 6 คะแนน 	6	
<p>3. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 2 โครงการ = 3 คะแนน - มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 3 - 5 โครงการ = 6 คะแนน 	6	
<p>4. มีการทบทวนและประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 3 คะแนน - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 71 - 80 = 5 คะแนน - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 81 ขึ้นไป = 7 คะแนน 	7	
รวม	25	

ส่วนที่ 4 การจัดการความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์ (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<p>1. มีการทบทวนข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่วางแผนแก้ไขปัญหา</p> <p>เช่น ข้อมูลปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย ข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย</p>	5	
<p>2. มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหากจากการจัดการความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย</p>	5	
<p>3. มีวิธีการเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน</p>	5	
<p>4. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย</p>	5	
<p>5. ชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้</p>	5	
รวม	25	

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป่าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม	
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป่าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP) ประชากรกลุ่มเป่าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ	(2)		สัมภาษณ์กระบวนการได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน(ODOP)/วิธีการค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน /การบันทึกประเด็นปัญหา	ODOP (One District One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่เป็นปัญหาร่วมและมีการแก้ไขปัญหาทุกภาคส่วน คำว่า One District One Project ถูกนำมาใช้เป็นตัวกระตุ้น (trigger) เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ระดับอื่นๆ และประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ	
	ทราบความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ (Health Need) ประเด็น ปัญหา หรือประเด็นที่ต้องพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับ มีกระบวนการ (ประชุม/ ประชาคม/ เรื่องเล่า/ CBL/ SRM/ ธรรมนูญสุขภาพ) อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีการนำฐานข้อมูลมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ					
	- ไม่มีการค้นหาความต้องการของประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP)	0				
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป่าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ไม่มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	1				
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป่าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	2				
	2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย	(2)				“การประสานงาน” หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงานเพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นหนึ่งเดียวกันเพื่อลดความขัดแย้งในการทำงาน ดำเนินไปด้วยความราบรื่นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการทำงาน ร่วมกันหรือการติดต่อสื่อสารให้เกิด ความคิด ความเข้าใจ ตรงกันในการร่วมมือปฏิบัติงานให้สอดคล้อง ทั้งเวลา และ
	มีการจัดช่องทางติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพสต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันทสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม					
- ไม่มีการจัดช่องทางสื่อสารภายใน คปสอ. และ รพ.สต. ภายในเครือข่าย	0					
- มีการจัดช่องทางติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันทสมัย มีผังการ	1					

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	การสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม				กิจกรรมที่จะต้องกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพเพื่อให้งานดำเนินไปด้วยความราบรื่น
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	2			
	2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย	(2)			
	มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม				
	- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ	0			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	1			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	2			
	2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม	(2)			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<p>ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม</p> <p>- ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการจัดระบบดูแลสุขภาพ</p>	0		<p>สัมภาษณ์/สอบถามการสร้างความมีส่วนร่วมกับภาควิชาเครือข่าย/ภาพถ่ายหลักฐานในดำเนินงานร่วมกัน/ระบบงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและบทบาทของภาควิชาเครือข่ายต่างๆที่มาร่วมในการดำเนินการ</p>	<p>การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการ ที่ทำให้บุคคลสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้ต้องไม่ใช้การกำหนดครอบงำความคิดจากบุคคลภายนอกหรือองค์กรที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมใน ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอน</p>
<p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p>	<p>- ชุมชนภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่เกิดระบบและยังไม่มีผลการประเมินผลที่เกิดกับสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม</p>	1			
	<p>- ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม</p>	2			
	<p>2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน</p>	(2)		<p>สอบถามวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน/ผลการประเมินความพึงพอใจ/การวิเคราะห์ผล/การปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และปรับปรุงในประเด็นที่ไม่พึงพอใจ</p>	<p>ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะมีความคาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดีจะมีความพึงพอใจมากแต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตั้งใจไว้ว่าจะมีมาก</p>
	<p>มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียน มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงที ลดความไม่พึงพอใจ มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร</p>				
	<p>- ไม่มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และการวัดความพึงพอใจของประชากร เป้าหมาย ชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และไม่มีการจัดการข้อร้องเรียน</p>	0			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ มีการติดตามข้อมูลมีกลไกที่ชุมชน สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนแต่ไม่มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนและนำไปพัฒนาองค์กร	1			
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ มีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนมีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/	2			
	ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงที ลดความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร				
รวมคะแนน		10			

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.1. การจัดระบบ การบริหารงาน การสรรหาและความก้าวหน้าในการงาน (ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2)	(1)		สัมภาษณ์/สอบถาม /เอกสาร ในการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากร/แนวทางการสรรหาบุคลากร	“ระบบงาน” หมายถึง วิธีการจัดโครงสร้างและระบบการทำงานของบุคลากรในองค์กร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุพันธกิจและเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
	มีการจัดระบบบริหารบุคลากรรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตามภาระหน้าที่โดยกำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้ มีวิธีการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรในการปฏิบัติตามบทบาทภารกิจที่ต้องการ มีวิธีการสรรหาว่าจ้าง และรักษา บุคลากรได้ตรงตามความต้องการ มีวิธีการสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากรอย่างเป็นธรรมและมีแผนการพัฒนาบุคลากร				การจัดการระบบการ บริหารงาน หมายถึง การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความร่วมมือ ความคิดริเริ่ม การกระจายอำนาจการตัดสินใจ นวัตกรรม ความคล่องตัว และทันต่อความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่เสมอ (การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ)
	- ไม่มีการจัดระบบบริหารบุคลากร ไม่มีแผน การจ้างงานและความก้าวหน้า	0			
	- มีการจัดระบบบริหารบุคลากร มีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า	1			
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.2 การสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร (ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 3)	(1)		ผลการประเมินความพึงพอใจ/ สัมภาษณ์วิธีการสร้างความผูกพัน ความพึงพอใจ และความผาสุกของหน่วยงาน	ความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งานพันธกิจ และวิสัยทัศน์ ขององค์กรบรรลุผล ความผูกพัน อาจหมายถึง การผูกใจบุคลากรหรือใช้คำว่า “ ร่วมด้วยช่วยกัน” การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้าง
	มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความผาสุก ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ				
	- ไม่มีการสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร	0			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความผูกพัน ความพึงพอใจ และแรงจูงใจใน การ ปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ ให้บริการและผู้รับบริการ	1			ความสัมพันธ์ การสร้าง ความพึงพอใจ การ เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทน การ สร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม บุคลากรที่มีความพึงพอใจ และความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของ องค์กร งานที่ได้รับ มอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางของ องค์กร และมีความ รับผิดชอบต่อความสำเร็จ ของงาน ปัจจัยที่มีผลต่อความพึง พอใจของบุคลากร ควร พิจารณาประเด็นเรื่อง ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า ในตำแหน่งงาน การแก้ไข ปัญหาและข้อร้องเรียน การ พัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ ทำงาน ภาระงาน การ สื่อสาร ความร่วมมือ การ ทำงานเป็นทีม ความมั่นคง ในงาน
หมวด 3	3.3 ระบบการพัฒนาและ การเรียนรู้ของ บุคลากร (ใช้ประเมินในส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3)	(1)		พิจารณาจากผลการ ปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละ คน และผลการดำเนินงานของ	การพัฒนาและการเรียนรู้ หมายถึง การวิจัย และ พัฒนา การประเมินและ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	จัดให้มี ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มี การค้นหาความจำเป็น และความต้องการใน การฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับ พันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของ การดำเนินงานการพัฒนาตาม ที่กำหนด			องค์กร/สัมภาษณ์รูปแบบและ วิธีการสร้างการเรียนรู้ของ บุคลากร/การจัดการเรื่อง ความก้าวหน้าของบุคลากร	ปรับปรุงวิธีการทำงาน การ แลกเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking) รูปแบบการพัฒนาบุคลากร อาจทำได้ทั้งภายในและ ภายนอกองค์กร อาจเป็น การฝึกอบรมระหว่างการ ปฏิบัติงาน การเรียนใน ห้องเรียน การเรียนจาก คอมพิวเตอร์ การเรียน ทางไกล หรือรูปแบบของ การศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจาก การได้รับมอบหมายให้ ปฏิบัติงานในหรือนอก องค์กร
	- ไม่มีระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของ บุคลากร	0			
	- จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มี การค้นหา ความจำเป็น และความต้องการใน การฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับ พันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการ ดำเนินงานการพัฒนาตาม ที่กำหนด	1			
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.4 ระบบการ ประเมินผล การปฏิบัติงาน ของบุคลากร (ใช้ประเมินใน ส่วนที่ 3)	(1)		พิจารณาจาก 1. ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน 2. ทำข้อตกลงในการ ปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งถ่ายทอด ตัวชี้วัดระดับองค์กรสู่ระดับ บุคคล (Individual Scorecard) โดย ผู้บังคับบัญชาและ ผู้ใต้บังคับบัญชา 3) คณะกรรมการพิจารณา กลั่นกรองผลการประเมิน เพื่อให้เกิดมาตรฐานและความ เป็นธรรม4) หลักเกณฑ์การ ประเมินและผลการประเมินให้ บุคลากรรับทราบ 5)	
	มีการจัดระบบการประเมินผลการ ปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็น ธรรม มีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้ บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและ ปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่อง ชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อ สนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการ ทำงานที่มีประสิทธิผล มีจิตสำนึกในการ ทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความ ต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย				
	- ไม่มีระบบการประเมินผล การ ปฏิบัติงานของบุคลากร	0			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<p>- มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรม มีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่อง ชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิผล มีจิตสำนึกในการ ทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p>	1		ผู้บังคับบัญชานำผลการประเมินไปพิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ให้รางวัลจูงใจ และ การบริหารงานบุคคล เรื่องอื่น ๆ และการนำผลการประเมินแจ้งกลับไปยังบุคลากร รวมถึงการนำไปใช้ประกอบการให้คำปรึกษา แนะนำแก่บุคลากรเพื่อให้มีการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน และพัฒนาขีดสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานดียิ่งขึ้น	
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.5 ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) (ใช้ประเมินในส่วนที่ 4)	(2)		พิจารณาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผู้รับบริการ (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การลดอาหาร) พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน /การดำเนินการในการดูแลสุขภาพของชุมชน	การดูแลสุขภาพตนเอง (self care) หมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคนหรือการปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบ ค้นหาโรคและการรักษาขึ้นตอนด้วยตนเอง เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีของตน
	มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัว ในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งใน สถานบริการและชุมชน สามารถนำข้อมูล สุขภาพไปพัฒนาระบบบริการได้				
	- ไม่มี การประเมิน	0			
	- มีการ ประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน	1			
	- มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวใน การดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้อง กับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปพัฒนาระบบบริการได้	2			
	รวมคะแนน	6			

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูล ผู้รับบริการ ตรงตาม กลุ่มวัย (ประเมิน จากเอกสาร หรือ Electronic file)		ช่องทางการ เข้าถึงบริการเชิง รุก เชิงรับ และ ช่องทางการ สื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) (ประเมินจาก เอกสาร)		Flow chart การบริการ ของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		CPG รายบริการที่ สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมูนเวียน) (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้อง กับการ บริการ (สัมภาษณ์)		การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบท สถาน บริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหา ชุมชน (ODOP)															(1)		สัมภาษณ์/ ตามรอยการ ให้บริการตาม ประเด็น ODOP	การจัดบริการตามสภาพ ปัญหาของชุมชน (ODOP) หมายถึง การจัดการที่ สอดคล้องกับประเด็น ODOP
ODOP..... (ติดตามประเมินทุกข้อตาม ประเด็นปัญหาของพื้นที่)															1			
4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)															(7)		สัมภาษณ์/ ตามรอยการ	การให้บริการในสถาน บริการ หมายถึง การ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูล ผู้รับบริการ ตรงตาม กลุ่มวัย (ประเมิน จากเอกสาร หรือ Electronic file)		ช่องทางการ เข้าถึงบริการเชิง รุก เชิงรับ และ ช่องทางการ สื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) (ประเมินจาก เอกสาร)		Flow chart การบริการ ของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		CPG รายบริการที่ สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้อง กับการ บริการ (สัมภาษณ์)		การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบท สถาน บริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.2.1 OPD															1		ให้บริการในสถาน บริการตามแผนก ต่างๆเช่น OPD, ER ฯลฯ	จัดบริการภายในหน่วย บริการที่จัดไว้สำหรับ ให้บริการผู้ป่วย ผู้รับบริการ
4.2.2 ER														1				
4.2.3 ANC														1				
4.2.4 WCC														1				
4.2.5 NCD														1				
4.2.6 แผนไทย														1				
4.2.7 ทันตกรรม														1				
4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)														(2)		สัมภาษณ์ / ตามรอย กระบวนการ ให้บริการ	การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ ให้บริการกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และชุมชนโดย ออกไปให้บริการในชุมชน	
4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care														1				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูล ผู้รับบริการ ตรงตาม กลุ่มวัย (ประเมิน จากเอกสาร หรือ Electronic file)		ช่องทางการ เข้าถึงบริการเชิง รุก เชิงรับ และ ช่องทางการ สื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) (ประเมินจาก เอกสาร)		Flow chart การบริการ ของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		CPG รายบริการที่ สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมუნเวียน) (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้อง กับการ บริการ (สัมภาษณ์)		การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบท สถาน บริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.3.2 SRRT : Surveillance and Rapid Response Team															1			

หมายเหตุ การให้คะแนน คือ มีครบทุกข้อได้ 1 คะแนน

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.1 OPD และ 4.2.5 NCD (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา

หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้			
(1) หูฟัง			
(2) เครื่องวัดความดันเลือด (สำหรับการประเมิน NCD ด้วย)			
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(4) ไม้กดลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข่า			
(8) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง			
(9) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก			
(10) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E - Chart)			
(11) ตู้เย็น สำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็น การบันทึกข้อมูล ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูล แนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม กรณี ไฟดับ หรือล้างทำความสะอาดตู้เย็น ถ้ามีกิจกรรมที่ให้บริการนอกสถานที่ ต้องมีแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนยา ออกนอกพื้นที่ เป็นต้น			
(12) เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับตู้เย็น ต้องมีวิธีการตรวจสอบเครื่องวัดอุณหภูมิตู้เย็น การเทียบเคียง เป็นต้น			
(13) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX (สำหรับการประเมิน NCD)			

- หมายเหตุ**
- การประเมิน OPD
 - OPD (มี 1 - 12) =มี
 - OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่ง (1 - 12) = ไม่มี
 - การประเมิน NCD
 - NCD (มี 1 - 13) =มี
 - NCD ไม่มี 2 หรือ 13 หรือไม่มีทั้งคู่ = ไม่มี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
1. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน			
1.1 เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่			
1.1.1 ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4)			
1.1.2 ชุดอุปกรณ์กู้ชีพประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask (ในกรณีที่มีขีดความสามารถเพียงพอควรมี Endotracheal Tube และ Laryngoscope ด้วย) และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษา เครื่องมือ			
1.2 กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR			
2. ชุดผ้าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear			
4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน			
5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐาน และมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้ง วิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบ ประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ			

หมายเหตุ

- ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้			
1. เครื่องชั่งน้ำหนัก			
2. วัดส่วนสูงเครื่องวัดความดันแบบปรอท (ใช้สำหรับผู้ที่มิประวัติความดันโลหิตสูง)			
3. หูฟัง			
4. เครื่อง Droptone			
5. สายวัดระดับมดลูก			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี
- ไม่มี Droptone = ไม่มี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
1. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือรูปภาพ เอกสาร แผ่นพับ			
2. เครื่องชั่งน้ำหนัก			
3. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก			
4. วัดความยาว/ส่วนสูง			
5. วัดรอบศีรษะ			

- หมายเหตุ
- ครบทุกข้อ = มี
 - ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี
 - ขาดชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก = ไม่มี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.6 แผนไทย (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
เครื่องมือ เครื่องใช้ สะอาด จำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้งาน ดังต่อไปนี้			
1. เครื่องวัดความดันโลหิต			
2. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง			
3. เครื่องฟังตรวจ (stethoscope)			
4. เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้			
5. ไฟฉาย			
6. ไม้กดลิ้น			
7. ไม้เคาะเข้า			
8. สายวัด			
9. ชุดอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
10. ถูมืออย่าง			
11. ผ้าปิดจมูก			

- หมายเหตุ
- มีครบทุกข้อ (1 - 11) = มี
 - มีข้อ 1 - 7 = มี
 - ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 - 7 = ไม่มี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.7 ทักษะ (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐาน และมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ			
(2) มียูนิตทำฟัน ทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบดังนี้ 2.1 ระบบแสงสว่าง โดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน 2.2 ระบบกรองฟันทันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด 2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง			
(3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)			
(4) มีเครื่องปั่นอมัลกัม			
(5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสง สำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)			
(6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ			
(7) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์			
(8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ			
รวม 8 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี / ไม่มี ได้เท่านั้น)			

หมายเหตุ 1. *** เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้ ขาดอันใดอันหนึ่งใน 1 - 6 = ไม่มี

2. มี 1 - 8 = มี

3. มี 1 - 6 = มี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้			
(1) หูฟัง			
(2) เครื่องวัดความดันเลือด			
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(4) ไม้กดลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข้า			
(8) เครื่องตรวจน้ำตาล			
(9) เตียง Fowler			
(10) เครื่อง suction mobile			
(11) Oxygen Home therapy			

- หมายเหตุ
- LTC มีข้อ 1 – 8 = มี
 - LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 8 = ไม่มี
 - Palliative care มีข้อ 1 – 8 และ มีข้อ 9 – 11 อย่างน้อย 1 ข้อ = มี
 - Palliative care ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9 – 11 = ไม่มี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กศค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.2 การเฝ้าระวังโรคเชิงรุก (SRRT : Surveillance and Rapid Response Team)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโรคที่พบบ่อย			
1. อาหารเลี้ยงเชื้อ (Carry Blair) สำหรับเก็บเพาะเชื้อจากตัวอย่างอุจจาระ (Rectal Swab Culture)			
2. กระดาษกรองซับเลือด เพื่อส่งตรวจไขเลือดออก			
3. ตลับเก็บ fresh stool เมื่อมีผู้ป่วย Acute Flaccid Paralysis : AFP			
4. ขวด Sterile เก็บสิ่งที่ผู้ป่วยอาเจียน หรือไอ			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

ผู้ที่ให้ข้อมูล กสค./อสค. ผู้รับบริการ

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1. ท่านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างไร			
2. ท่านดูแลและแนะนำเพื่อเสริมสร้างสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างไร			
3. ท่านได้รับความรู้เพิ่มเติมจาก อสม. ผู้รับผิดชอบละแวกบ้านเป็นประจำอย่างไร			
4. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน อย่างไร			
5. ท่านเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงพัฒนาครัวเรือนและหมู่บ้านของท่านต่อ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างไร			
6. ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3 อ 2 ส อย่างไร			
7. ท่านแนะนำให้คนในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ2ส อย่างไร			
8. ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจแก่ผู้ที่กำลังลด ละ เลิกบุหรี่หรือสุรา อย่างไร			
9. ท่านคอยเตือนคนในครอบครัวให้ไปรับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ได้อย่างไร			
10. ท่านมีการให้คำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนให้ครอบครัว หรือผู้ที่ต้องดูแลเด็กพาเด็กไปตรวจพัฒนาการตามเวลาอย่างไรและมีคำแนะนำให้ครอบครัวที่มีเด็กพัฒนาการล่าช้ากระตุ้นพัฒนาการที่บ้านอย่างไร			
11. ท่านแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตรงตามเวลาที่กำหนดไว้ได้อย่างไร			
12. ท่านประเมินความสามารถและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้สุขภาพเป็นหลัก อย่างไร			
13. ท่านดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้หลักการ 3 อ เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างไร			
14. ท่านแนะนำผู้สูงอายุให้ดูแลรักษาสุขภาพฟันตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อย่างไร			
15. ท่านแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง) ความดันโลหิตสูงอย่างไร			
16. ท่านสามารถช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุได้อย่างถูกต้องอย่างไร			
17. ท่านสามารถเช็ดตัวลดไข้แก่ผู้ที่มีไข้สูงได้อย่างถูกต้องอย่างไร			
18. ท่านมีบทบาทช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่มีผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง หรือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร			
19. ท่านมีการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เช่น ไข้เลือดออก อูจาระร่วง อย่างไร			
20. ท่านมีความรู้หรือแนะนำเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือยาที่ผิดกฎหมายที่ขายในชุมชนแก่คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านอย่างไร			
21. ท่านสามารถอธิบายบทบาทของทีมหมอครอบครัวในการสนับสนุนการทำงานของ ท่านได้อย่างถูกต้องอย่างไร			
22. ท่านได้ประสานงานกับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อร่วมเป็น ทีมหมอครอบครัวอย่างไร			
คะแนนรวม (ผ่าน = 1 คะแนน/ ไม่ผ่าน = 0 คะแนน)			

หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. ตัวชี้วัดกลางบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF)		
1.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่		
1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่		
1.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์		
1.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก		
1.4.1 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis)		
1.4.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Ac.Diarrhea)		
1.5 ร้อยละการลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)		
1.6 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี		
2. ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC)		
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		
2.5		
3. ตัวชี้วัดเขต (จาก HDC)		
3.1		
3.2		
3.3		
3.4		
3.5		

หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ประเด็น	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม	
1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	(1)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	สินทรัพย์ความรู้ (Knowledge assets) หมายถึง ทรัพยากรทางปัญญาที่มี การสั่ง สมโนองค์กร เป็นสมบัติขององค์กรและ บุคลากร อยู่ในรูปแบบของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้อาจ เก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางการปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบ ปฏิบัติ ซอฟต์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์ ความรู้ เป็นความรู้ภาคปฏิบัติ (know how) ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ	
1.1 การจัดการองค์ความรู้					
- ไม่มี	0				
- มี	1				
1.2 การจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	(1)				
- ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	0				
- สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	1				
2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย และเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน	(1)		- เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย - รูปแบบการเผยแพร่ชัดเจน		
- มีผลลัพธ์	0				
- มีผลลัพธ์และมีการเผยแพร่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	1				
3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้	(2)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - สัมภาษณ์ประชาชนที่เป็น กลุ่มเป้าหมายในการทำ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย		
- ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	0				
- ชุมชน ผู้รับบริการ สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	1				
- ชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้	2				
คะแนนรวม	5				

รายชื่อหน่วยงานที่ร่วมจัดทำ

1. กรมการแพทย์
2. กรมควบคุมโรค
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
6. กรมสุขภาพจิต
7. กรมอนามัย
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
12. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
13. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
14. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
15. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
16. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
17. กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
18. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
19. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
20. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต (ศปท.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
21. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
22. สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
23. สำนักปฐมนุฏีและหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
24. สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี

บรรณาธิการ

ดร.นพ.พงศธร	พอกเพ็ญดี	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
พญ.มานิตา	พรรณวดี	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
นางนพวรรณ	มาดาร์ตัน	นักวิชาการสถิติชำนาญการ
นางสาวกฤติยา	สุขพัฒน์กุล	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ
นางสาวไศรดา	ปัทมวัลย์	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ
นางสาวศรสวรรค์	คงเจริญ	นักวิชาการสถิติ

