

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	17. โครงการกัญชาทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>43. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>43.1 ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>43.2 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>43.3 จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละเขตสุขภาพ</p> <p>43.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>43.5 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p>
คำนิยาม	<p>1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบCare manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการ</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง</p> <p>2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.2 โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 14 แห่ง (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก), กรมการแพทย์ 17 แห่ง (โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ญบุรี โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี สถาบันโรคผิวหนัง โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้จังหวัดตรัง สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาล</p>

<p>ประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลสงฆ์) และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 1 แห่ง (โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน) (เป้าหมายจำนวน 32 แห่ง)</p> <p>2.3 สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยาสมุนไพร ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p> <p>3. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย</p> <p>4. ยาสมุนไพร หมายถึง ยาสารสกัดสมุนไพร ตำรับยาแผนไทยที่มีสมุนไพรปรุงผสม หรือน้ำมันสมุนไพร</p> <p>5. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-u77 และ Z51.5)</p>
--

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
รพ.สังกัด สป.สธ.	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
สถานพยาบาลเอกชน	เขตสุขภาพละ 3 แห่ง	เขตสุขภาพละ 5 แห่ง	เขตสุขภาพละ 10 แห่ง	เขตสุขภาพละ 15 แห่ง
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรทางการแพทย์	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	เพิ่มขึ้นร้อยละ 7	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นร้อยละ 12

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

	<p>2. จำนวนใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา</p> <p>3. รวบรวมจากฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. ระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2. ฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. ฐานข้อมูลใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>
รายการข้อมูล 1	<p>สำหรับรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>A1 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>สำหรับรพ.สังกัดกรมวิชาการ</p> <p>A2 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ</p> <p>สำหรับสถานพยาบาลเอกชน</p> <p>A3 = จำนวนเขตสุขภาพที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน (12 เขต)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>A4 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>A5 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2565</p>
รายการข้อมูล 2	<p>สำหรับรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>B1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>สำหรับรพ.สังกัดกรมวิชาการ</p> <p>B2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวม 32 แห่ง)</p> <p>สำหรับสถานพยาบาลเอกชน</p> <p>B3 = จำนวนเขตสุขภาพ</p>

	<p>ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> <p>B4 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> <p>B5 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564</p>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>43.1 ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> $= (A1/B1) \times 100$ <p>43.2 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> $= (A2/B2) \times 100$ <p>43.3 จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละเขตสุขภาพ</p> $= A3$ <p>43.4 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> $= (A4/B4) \times 100$ <p>43.5 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> $= (A5/B5) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2565				
	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>๑. มีแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต กบรส.สป. กรมสพส.,สถาบันกัญชาฯ)</p> <p>2. มีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมความรู้ การจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (กรมการแพทย์ กรมการ</p>	<p>1. มีแผนการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>2. ผู้ให้บริการได้รับการอบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ สถาบันกัญชา สป.)</p> <p>3. มีระบบสารสนเทศสนับสนุนคลินิกกัญชาทาง</p>	<p>1. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใน รพ. สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ร้อยละ 50 (กบรส.สป. กรมการแพทย์ แผนไทยฯ กรมการแพทย์)</p> <p>2. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใน รพ. สังกัดกรม วิชาการ กระทรวง สาธารณสุข ร้อย</p>	<p>1. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 70 (กบรส.สป. กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมการแพทย์)</p> <p>2. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลสังกัดกรม</p>	

<p>แพทย์แผนไทยฯ สถาบัน กัญชาฯ)</p> <p>3. มีแผนการค้นหาผู้ป่วยทุก กลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (กรมการ แพทย์ กรมการแพทย์แผน ไทยฯ กรมสุขภาพจิต, กรม สบส.)</p>	<p>การแพทย์ ลดความซ้ำซ้อน (อย กบรส ศทส)</p> <p>4. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์ ร้อย ละ 3</p> <p>5. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ รักษาด้วยยากัญชาทาง การแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3</p>	<p>ละ 50 (กรมการแพทย์แผน ไทยฯ กรมการแพทย์)</p>	<p>วิชาการ กระทรวง สาธารณสุข ร้อยละ 70</p> <p>3. มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แผน ปัจจุบันและ/หรือแพทย์แผน ไทย ในสถานพยาบาลเอกชน เขตสุขภาพละ 3 แห่ง โดย ดำเนินการใน 12 เขต สุขภาพ (กรมการแพทย์แผน ไทยฯ กรมการแพทย์ กรม สบส.)</p> <p>4. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์ ร้อย ละ 5</p> <p>5. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ รักษาด้วยยากัญชาทาง การแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5</p>
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงาน ความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2. ข้อมูลจากฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุน บริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข</p>		
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG)</p> <p>2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p>		

	3. คู่มือการใช้ระบบสารสนเทศ รายงานการส่งไข้กัญชาทางการแพทย์ และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ / HPVC/AUR สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2561	2562
				2563	
	-		-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์กิตติ โสสุวรรณรักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 โทรสาร : - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นายแพทย์กรกฤษ ลิ้มสมมติ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2590-1755 โทรสาร :</p> <p>3. เกสัชกรหญิงนางกนกพร ชนะคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1501 E-mail : kan699@yahoo.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>4. ดร.ผกากรอง ขวัญข้าว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1501 E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. แพทย์หญิงปัจฉิมา หลอมประโคน โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590-1501 E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		<p>ผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-876-9905 E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>เภสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 065-351-4429</p> <p>เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-247-6333</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-423-0222</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1634 โทรสาร : 0-2590-1631 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางอรสา เข็มปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1542</p>		<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ :</p>		

	<p>โทรสาร : 0-2580-1543 E-mail :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1637 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางสาวแสงเดือน ยาสุมุทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1637 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. เรืออากาศเอกนายแพทย์สมชาย ณะสิทธิชัย ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-6245 โทรศัพท์มือถือ : 081-897-7900 โทรสาร : 0-2965-9844 E-mail : dr.somchai.t@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>4. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-8207 โทรศัพท์มือถือ : 089-666-7553 โทรสาร : 0-2149-5533 Email : burinsura@hotmail.com กรมสุขภาพจิต</p> <p>5. ภญ.สุชีรา วีระดนัยวงศ์ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1501 โทรศัพท์มือถือ : 085-136-1639 โทรสาร : - E-mail : buriramfda@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>6. ภญ.ชลธิชา จึงมั่นคง เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1501 โทรศัพท์มือถือ : 092-361-9929 โทรสาร : - E-mail : choltichafdabr@gmail.com สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>7. นางมาลา สร้อยสำโรง ผู้อำนวยการสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อม ทางการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 063-203-8957 โทรสาร : - E-mail : malachsoi2@gmail.com กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>

	<p>8. นางสาวอรปภา จันทรหอม เกสซ์กรปฏิบัติการ โทรศัพทที่ทำงาน : โทรศัพทมือถือ : 092-249-8331 โทรสาร : - E-mail : pornthip.phar23@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>8. นางวีณา บุญแสง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-590-8589 โทรศัพทมือถือ : 081-956-5013 โทรสาร : - E-mail : weenanok@gmail.com</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p> <p>9. นางสาวพนิดา สีนาวะช นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-590-8576 โทรศัพทมือถือ : 088-499-7055 โทรสาร : - E-mail : panida7055@gmail.com</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p>
<p>การรายผลใน HealthKPI (โปรดระบุ)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง ชื่อหน่วยงาน สถาบันกัญชาทางการแพทย์ ตำแหน่ง : เกสซ์กรเชี่ยวชาญ ชื่อ-สกุลผู้รายงานผล เกสซ์กรหญิงนางกนกพร ชนะค้า โทรศัพทที่ทำงาน : 02-590-1501 โทรศัพทมือถือ : 065-351-4429 โทรสาร : E-mail : buriramfda@gmail.com</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> เขตสุขภาพ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สสจ.</p>

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	9. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p> <p>กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง

(อ้างอิง : บวรศม สิริระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทุกอำเภอ (878 อำเภอ)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล การรายงาน

แหล่งข้อมูล สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
1.มีการประชุม/ทบทวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น 2.พื้นที่ประเมินตนเองพร้อมรายงานผลการประเมิน เพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1.มีคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่กำหนด 2.มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมินของผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต	อำเภอมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 70

ปี 2564:

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

<p>1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญห</p> <p>3 มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมินUCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด</p>	<p>1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด</p> <p>2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง</p>	<p>1.มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการติดตามเสริมพลังของทีมเสริมพลังระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</p> <p>ร้อยละ 75</p> <p>2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 10 ล้านคน</p>
---	--	---	--

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
<p>1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญห</p> <p>3 มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการ</p>	<p>1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด</p> <p>2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง</p>	<p>1.มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการติดตามเสริมพลังของทีมเสริมพลังระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</p> <p>ร้อยละ 75</p> <p>2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 10 ล้านคน</p>

ประเมินUCCARE และ วางแผนการพัฒนาร่วมกับ จังหวัด			
---	--	--	--

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
<p>1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา</p> <p>3 มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมินUCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด</p>	<p>1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด</p> <p>2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง</p>	<p>1.มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการติดตามเสริมพลังของทีมเสริมพลังระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</p> <p>ร้อยละ 80</p> <p>2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 15 ล้านคน</p>
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2.มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน</p> <p>3.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง</p> <p>4.มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน</p> <p>5.มีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต</p>		
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p>		

	<p>3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	878 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	2562	2563	2564
			ร้อยละ 66.28 (582อำเภอ)	ร้อยละ 71.41 (627อำเภอ)	ร้อยละ73.12 (642 อำเภอ)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ		ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรสาร :02 590 1938		โทรศัพท์มือถือ : 08 8258 8596 E-mail : swiriya04@yahoo.com		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	2. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร		รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรสาร : 02 590 1938		โทรศัพท์มือถือ : 08 1923 0536 E-mail : peed.pr@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร		รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1939 โทรสาร : 02 590 1937		โทรศัพท์มือถือ : 08 1923 0536 E-mail : peed.pr@hotmail.com		
การแสดงผลใน HealthKPI (ไปรตระบุ)	2. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1939 โทรสาร :02-590 1937		โทรศัพท์มือถือ : 08 6354 1961 E-mail : auam.moph@gmail.com		
การแสดงผลใน HealthKPI (ไปรตระบุ)	สถานที่ทำงาน สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
	<input type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง ชื่อหน่วยงาน..... ตำแหน่ง : ชื่อ-สกุลผู้รายงานผล..... โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : <input type="checkbox"/> เขตสุขภาพ <input checked="" type="checkbox"/> สสจ.				

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ 75 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต
พชอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 10 ล้าน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2
เรื่องและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พขอ.
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) หมายถึงการทำงานอย่างมีคุณค่า
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาคณะกรรมการ พขอ. (Resource sharing and human development)
6. การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ (Essential care)

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

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงาน ร่วมกันและ ดำเนินงานตามหน้าที่ ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีมในบาง ประเด็น และ/หรือ มีภาคี ภาคส่วนร่วมด้วย	มีการทำงานร่วมกันเป็น ทีม (cross functional) ระหว่างฝ่ายคิดวางแผน และดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วม ด้วยบางส่วน	มีการทำงานร่วมกัน เป็นโครงข่ายทีม เดียวกัน ทั้งแนวตั้ง และแนวนอน (fully integrate) โดยมี ภาคีทุกภาค ส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วน ต่างๆ ร่วมเป็นทีม ในทุกประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิต	การทำงานเป็นทีมของ คณะกรรมการ พชอ. หมายถึง การทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ (ส่วน ท้องถิ่นและท้องที่) ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มี นายอำเภอเป็นประธานและ สาธารณสุขอำเภอเป็น เลขานุการ
Customer Focus	มีการกำหนด กลุ่มเป้าหมายอย่าง ชัดเจนและเหมาะสม กับบริบทของพื้นที่	มีการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมายที่ หลากหลาย อย่าง น้อยในกลุ่มที่มี ปัญหามากที่สุด	มีการรับรู้และเข้าใจความต้องการของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมประชากร ส่วนใหญ่ และนำมา แก้ไข ปรับปรุง	มีการเรียนรู้และ พัฒนาการรับรู้ ความต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ให้ สอดคล้อง และมี ประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ถูก นำมาบูรณาการกับ ระบบต่างๆ จนทำให้ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย	ความต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือประเด็น พัฒนา</u> ที่ประชาชน กลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
					เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วน ร่วม	
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคีภาค ส่วน</u> มีส่วนร่วมใน การดำเนินงาน	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีภาคส่วน <u>ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการในการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ในงานที่หลากหลาย และขยายวงกว้าง</u> เพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีภาคส่วนมี <u>ส่วนร่วมคิด ร่วม ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตอย่างเป็นระบบ และมี การขยายวงได้ค่อนข้าง ครอบคลุม</u>	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการพัฒนา คุณภาพชีวิต และมี การทบทวน เรียนรู้ <u>ปรับปรุงกระบวนการ</u> มีส่วนร่วมให้ เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมดำเนินการ <u>อย่างครบวงจร</u> รวมทั้งการ ประเมินผล จน <u>ร่วม เป็นเจ้าของการ</u> ดำเนินงานพัฒนา คุณภาพชีวิต	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการ ที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการ <u>ดูแล พัฒนา และ สร้างความพึงพอใจ</u>	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการ ในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึง	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของ	คณะกรรมการ พขอ. มีการเรียนรู้ <u>ทบทวน กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้าง</u> ความผูกพันของ	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้</u> คณะกรรมการ พขอ. มีความสุข ภูมิใจ <u>รับรู้คุณค่า</u>	<i>ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่คณะกรรมการ พขอ.มีความกระตือรือร้นใน การปฏิบัติงานในหน้าที่ และ งานที่ได้รับมอบหมาย ด้วย</i>

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
	ของคณะกรรมการ พขอ.	<u>พอใจของบุคลากร เพิ่มขึ้น</u>	คณะกรรมการ พขอ.ให้ <u>สอดคล้องกับบริบทของ พื้นที่</u>	คณะกรรมการ พขอ. <u>ให้สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่</u>	<u>และเกิดความผูกพัน</u> ในงานร่วมกัน	<i>ความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุ พันธกิจที่กำหนดไว้</i>
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวาง <u>แผนการใช้ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนา คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกัน</u> เพื่อสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน	มีการ <u>ดำเนินการ ร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนา คณะกรรมการพขอ. ร่วมกัน ในบาง <u>ประเด็น หรือบาง ระบบ</u>	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนา คณะกรรมการ พขอ. <u>ร่วมกันอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม</u> ตาม บริบท และความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย	มีการ <u>ทบทวนและ ปรับปรุงการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาคณะกรรมการ</u> ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมาย ของคณะกรรมการ พขอ. (ไม่มีกำแพง กั้น) และมีการใช้ <u>ทรัพยากรจาก ชุมชน</u> ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน	<i>Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่ง เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงานร่วมกัน</i>
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม <u>ดำเนินการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา</u>	มีการจัดระบบการ <u>แก้ไขปัญหา/พัฒนา</u> คุณภาพชีวิต ตาม	มีการจัดระบบการ <u>แก้ไข ปัญหา/พัฒนาคุณภาพ</u> ชีวิต ตามบริบท ตาม	มีการเรียนรู้ ทบทวน การ <u>จัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา</u>	มีการจัดระบบการ <u>แก้ไขปัญหา/พัฒนา</u> คุณภาพชีวิต แบบ	<i>Essential Care หมายถึง การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนา คุณภาพชีวิตให้ประชาชน</i>

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
	<p><u>คุณภาพชีวิตประชาชน</u> กลุ่มเป้าหมาย ตาม บริบทของพื้นที่</p>	<p>บริบท ตามความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย บางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหา</u>มาก</p>	<p>ความต้องการของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่<u>ครอบคลุม</u></p>	<p>คุณภาพชีวิต มีการ <u>พัฒนาอย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้เกิดการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น</p>	<p><u>บูรณาการ</u>ร่วมกับ ประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง</p>	<p><i>กลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับ บริบทของชุมชน และเป็นไป ตามศักยภาพของ คณะกรรมการ พขอ.</i></p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	19. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติภารกิจฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

	<p>(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
3,000 หน่วย (ร้อยละ 44) (ผลปี 64 จำนวน 2,266 หน่วย ณ เดือน มิ.ย. 64)	3,500 หน่วย (ร้อยละ 52)	4,000 หน่วย (ร้อยละ 59)	4,500 หน่วย (ร้อยละ 66)

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบลงทะเบียน
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดำเนินการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	2,600 หน่วย	2,800 หน่วย	3,000 หน่วย

ปี 2566 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			3,500 หน่วย

ปี 2567 :

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

ปี 2568 :				4,000 หน่วย	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				4,500 หน่วย	
วิธีการประเมินผล :	จากระบบลงทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	1,180	1,855	2,266 ณ มิ.ย. 64
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรสาร : 0-2590-1938				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ศุภชาติเดช เจริญไชย รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : 087-979-1785 โทรสาร : 0-2590-1938 2. นางจารุณี จันท์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : 081-876-7559 โทรสาร : 0-2590-1938 E-mail : jchanphet@gmail.com				
การแสดงผลใน HealthKPI	<input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง ชื่อหน่วยงาน สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ชื่อ-สกุลผู้รายงานผล นางจารุณี จันท์เพชร ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : 081-876-7559 โทรสาร : 0-2590-1938 E-mail : jchanphet@gmail.com <input type="checkbox"/> เขตสุขภาพ <input type="checkbox"/> สสจ.				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.											
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	21. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี											
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะ ฟังฟัง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD)</p> <p>อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> <td>ปีงบประมาณ 66</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 75</td> <td></td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66			ร้อยละ 75	
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66									
		ร้อยละ 75										
วัตถุประสงค์	<p>1. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน</p> <p>2. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะ ฟังฟัง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ</p>											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net											
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส											

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางจีรวรรณ หัสโรค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18716 โทรศัพท์มือถือ : 093-3291419 E-mail : gegaslo@yahoo.com กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>
<p>การรายงานผลใน HealthKPI (ไปรตระบุ)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง กลุ่มแผนงาน นายธานี มูลประดับ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18815 โทรศัพท์มือถือ : 0843219004 โทรสาร : 021495651 E-mail : fkpi.mail.go.th กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	58. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล(PCU/NPCU)</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย</p> <p>1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว</p> <p>3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>

เกณฑ์เป้าหมาย:

1. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว แบบสะสม ร้อยละ 75

กระบวนการ	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
Accreditation (สะสม)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 75 (เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า จึงให้	ร้อยละ 75 (เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า จึงให้	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85

		เลื่อนการประเมิน รพ.สต.ติดดาวไป ก่อน ตามหนังสือที่ สธ 0239.01/434 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2563)	เลื่อนการประเมิน รพ.สต.ติดดาวไป ก่อน ตามหนังสือที่ สธ 0239.02/119 ลงวันที่ 19 มกราคม 2564) และ ตามหนังสือที่ สธ 0239.02/1173 ลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2564)		
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 7,924 แห่ง หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 จำนวน 4,975 แห่ง + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5 ดาว จำนวน 2,949 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูล ทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)				
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาวใน ปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5 ดาว) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ใน ปีงบประมาณ 2565 C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 4 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2565) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u> D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 3 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2565) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u>				
รายการข้อมูล 2	E = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด โดยไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป ยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (9,863 แห่ง) (ที่มาของข้อมูลจากระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ)				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/E) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 – 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตาม การดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ ผ่าน โปรแกรม zoom</p> <p>2. เผยแพร่แนวทางการ ดำเนินงานผ่านทางสื่อ ออนไลน์ (youtube)</p> <p>3. มีคู่มือแนวทาง การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม) ปี 2565</p>	<p>1. พี่เลี้ยงระดับเขต ศึกษา เกณฑ์ประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2565 ผ่านทางสื่อออนไลน์ (youtube)</p> <p>2. แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาและประเมิน คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับจังหวัด 1 ทีม/ จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/ อำเภอ</p> <p>3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับ อำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100</p>	<p>1. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่าน เกณฑ์) ได้รับการ พัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยง ระดับอำเภอ/ระดับ จังหวัด</p> <p>2. คณะกรรมการ ประเมินระดับอำเภอ ประเมิน</p> <p>3. คณะกรรมการ ประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล</p> <p>4. คณะกรรมการ ประเมินระดับเขต ประเมินรับรองผล และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในภาพของ จังหวัด</p>	<p>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 75 (สะสม)</p>

4. รพ.สต.ประเมินตัวเองตามเกณฑ์และบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu	4. สสอ./สสจ. ตรวจสอบข้อมูลการบันทึกการประเมินตนเองของ รพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา	5. สสอ./สสจ./เขต ตรวจสอบข้อมูลส่งผลการประเมินมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่านโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu	
---	---	--	--

ปี 2566 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 85 (สะสม)

ปี 2567 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม)

วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต							
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2565							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					
			2560	2561	2562	2563	2564	2565
	9,863 แห่ง	ร้อยละ	17.13 (1,963)	50.44 (4,975)	70.10 (6,914)	70.10 (6,914)	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901238 โทรสาร : 02-5901239		ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : swiriya04@yahoo.com					
	2. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรสาร : 02-5901239		นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์มือถือ : 089-7110421 E-mail : nim.sittisak@hotmail.co.th					

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 087-4191404 โทรสาร : 02-5901239 E-mail : nim.sittisak@hotmail.co.th</p> <p>2. นางเนาวรัตน์ สัจจากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901937 โทรศัพท์มือถือ : 087-4191404 โทรสาร : 025901239 E-mail : nameong2511g@gmail.com</p> <p>สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>การแสดงผลใน HealthKPI</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง ชื่อหน่วยงาน สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ชื่อ-สกุลผู้รายงานผล นางเนาวรัตน์ สัจจากุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1937 โทรศัพท์มือถือ : 087-4191404 โทรสาร : 0-2590-1938 E-mail : nameong2511g@gmail.com</p>

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย														
ระดับการแสดงผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	3. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100														
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 เทอมปลาย และประถมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 เทอมต้น ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (1998; update 2013)</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด [ในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (1998; update 2013)] โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากลปัจจุบันที่ค่า = 100</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>วัดผลปี 64</td> <td>วัดผลปี 64</td> <td>วัดผลปี 64</td> <td>ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</td> <td>ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปี 2563 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับสติปัญญา และนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 เทอมปลาย และประถมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 เทอมต้น ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการ														

	ปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัด ทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B)
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 5 ปี

เกณฑ์การประเมิน : 1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	วัดผลในปี 2564

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	วัดผลในปี 2564

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	วัดผลในปี 2564

ปี 2564 :

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

ปี 2565 :

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

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ในประเด็น

- ระดับสติปัญญาเด็กไทยเฉลี่ย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (ประเทศ/รายเขตสุขภาพ/ รายจังหวัด)
- ร้อยละของเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับต่างๆ
- การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับ IQ กับปัจจัยต่างๆ

เอกสารสนับสนุน :

- บทความพื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555
- รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2559	2561
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย	98.59	98.23	94.73
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรสาร : 02-2488903 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail :janarpar@gmail.com กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
การแสดงผลใน HealthKPI	<input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง ชื่อหน่วยงาน : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต ชื่อ-สกุลผู้รายงานผล : นางสาวอาภาวลี วงศ์เจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5908030 โทรศัพท์มือถือ : 08 4060 0684 โทรสาร : 02 149 5524 E-mail : psd.mhs4@gmail.com <input type="checkbox"/> เขตสุขภาพ <input type="checkbox"/> สสจ.				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	<p>1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่ทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกๆรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) <p>**** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 80 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 85 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 90 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 95 (ทั่วประเทศ)

วัตถุประสงค์	เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา 2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) <ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล - Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบ

	<p>โปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป 																								
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข - DOH Dashboard กรมอนามัย <p>หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>																								
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan</p> <p>หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน</p>																								
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC</p> <p>หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน</p>																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																								
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565)																								
ประเมินผล	รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)																								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2563:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>70</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2564:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>85</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2565:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>85</td> <td>-</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2566:</p>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	70	-	80	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	80	-	85	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	85	-	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	70	-	80																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	80	-	85																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	85	-	90																						

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
	-	90	-	95										
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมี การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนอ อนุกรรมการ Long Term Care เพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณใน การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประจำเดือน กรมอนามัยวิเคราะห์ประเมินผล Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และจัดทำรายงานใน DOH Dashboard กรมอนามัย และ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข 													
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - Blue Book Application กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย - โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ - คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C) - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community) - คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 													
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Baseline data</th> <th>หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>2562</td> <td>2563</td> <td>2564</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2562	2563	2564
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.												
		2562	2563	2564										

	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึงพิงได้รับการ ดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	92.42 (นับจากการได้ จัดทำ CP โดย ไม่ต้องเสนอ อนุ LTCอนุมัติ)	89.56 (นับจากการได้ จัดทำ CP และเสนอ อนุ LTCอนุมัติ)	92.45 (นับจากการได้ จัดทำ CP และเสนอ อนุ LTCอนุมัติ)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์กิตติ ลากสมบัติศิริ		ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4503		โทรศัพท์มือถือ : 081 682 9668		
	โทรสาร : 0 2590 4501		E - mail : kitti.l@anamai.mail.go.th		
	สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
	นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์		ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508		โทรศัพท์มือถือ : 086 879 6655		
	โทรสาร : 0 2590 4501		E - mail : nithirat.b@anamai.mail.go.th		
	สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางรัชณี บุญเรืองศรี		ตำแหน่ง : นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508		โทรศัพท์มือถือ : 099 616 5396		
	โทรสาร : 0 2590 4501		E - mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th		
	สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4499				
	โทรสาร : 0 2590 4501		E - mail : 02group.anamai@gmail.com		
	สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
การรายงานผลใน Health KPI	หน่วยงานส่วนกลาง				
	1. นางรัชณี บุญเรืองศรี		ตำแหน่ง : นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508		โทรศัพท์มือถือ : 099 616 5396		
	โทรสาร : 0 2590 4501		E - mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th		
	สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
	2. นายทรงพล คำนึ่งเกียรติวงศ์		ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508		โทรศัพท์มือถือ : 091 064 5280		
	โทรสาร : 0 2590 4501		E - mail : Songpol.k@anamai.mail.go.th		
	สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
	3. นายสุรเชษฐ์ หาญรบ		ตำแหน่ง : นักเทคโนโลยีสารสนเทศ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508		โทรศัพท์มือถือ : 089 626 9721		
	โทรสาร : 0 2590 4501		E - mail : turbogrean1@gmail.com		
	สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	6. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน 6.1 ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 6.2 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
ตัวชี้วัดย่อยที่ 6.1	ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)</p> <p>พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สัปดาห์ละ 150 นาที/สัปดาห์ 2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์) 3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) 6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรับประทานยาต่อเนื่อง) 7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง 8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยานและการท่องเที่ยว(ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561 –2573) 3. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์)

	4. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561								
เกณฑ์เป้าหมาย :									
	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> <td>ปีงบประมาณ 66</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 52</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ร้อยละ 60	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66						
ร้อยละ 60	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม 4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq 12 คะแนน ร้อยละ 10 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของพื้นที่								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพตามระเบียบวิธีวิจัย 2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน 3. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) 4. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) 								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) สมุดสุขภาพประชาชน 2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ ,สำนักอนามัย (กรณีพื้นที่ กทม.) และกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 3. ศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง และศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 – 13 4. ระบบการให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For you (H4U) 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	พฤศจิกายน 2564 – กรกฎาคม 2565								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2563 :									
	<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> </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						

การชี้แจงแนวทางการดำเนินการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50	1. สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย 2. วางแผนดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
---	--	--	--

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและพื้นที่ 2. มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้งาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน ในการตอบแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน ระดับพื้นที่	1. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 50 2. ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40 3. มีการกำกับ ติดตาม และ เยี่ยมเสริมพลัง 4. มีการประเมินผลการดำเนินงาน	1. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 100 2. ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50 3. มีการกำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง 4. มีการประเมินผลการดำเนินงาน	1. สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย 2. วางแผนดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 35	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 45	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50

ปี 2566:

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

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 45	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 52													
วิธีการประเมินผล :	คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน															
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ้ว 4. คู่มือการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4. เกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ 5. Application สมุดสุขภาพประชาชน (Health for You : H4U) 															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="496 797 1482 1249"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>52 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)</td> <td>37.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))</td> <td>30.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ*</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชากรสูงอายุที่ได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในปี 2563 จำนวน 388,504 ราย 2. ประชากรสูงอายุที่ได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในปี 2564 จำนวน 1,277,310 ราย 			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	ร้อยละ	52 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)	37.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))	30.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2562	2563	2564												
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	ร้อยละ	52 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)	37.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))	30.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4503 โทรศัพท์มือถือ : 081 682 9668 โทรสาร : 02 590 4501 E – mail : kitti.l@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย 2. นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์ ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4508 โทรศัพท์มือถือ : 086 879 6655 โทรสาร : 02 590 4501 E – mail : nithirat.b@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย 															
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวจุฑามาศ เจนจิตร ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 091 768 6265 															

	<p>องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) <p>องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)</p> <p>องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขปกศการจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น <p>องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ ทีมสหวิชาชีพ/ หมอครอบครัว/ Caregiver/ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)</p> <p>องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม <p>องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /และการจัดทำ Care Plan - ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่ /พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ภายในระยะเวลา 3 ปี
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ร้อยละ 80 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 95 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 98 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 100 (ทั่วประเทศ)
วัตถุประสงค์	เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 3. การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 			
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข - DOH Dashboard กรมอนามัย <p>หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>			
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565</p> <p>B = จำนวนตำบลใหม่ที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565</p> <p>C = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2559 – 2564</p> <p>D = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ในปีงบประมาณ 2565</p>			
รายการข้อมูล 2	E = จำนวนตำบลทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/E) \times 100$ <p>หมายเหตุ $A = (B+C+D) / 100$</p>			
ระยะเวลาประเมินผล	<p>รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565)</p> <p>รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)</p>			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	75	-	80

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	85	-	95

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	95	-	98

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	95	-	100

วิธีการประเมินผล :

1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
2. จังหวัดประเมินพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และรายงานประจำเดือน
3. ศูนย์อนามัยเขตสุมประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และรายงานประจำเดือน

เอกสารสนับสนุน :

- Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย
- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C)
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community)
- คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)
- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
- แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

	- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2562	2563	2564	
	ตำบลที่มีระบบ การส่งเสริม สุขภาพดูแล ผู้สูงอายุระยะ ยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	83.9 (ทุกตำบล ทั่วประเทศ)	92.78 (ทุกตำบล ทั่วประเทศ)	96.25 (ทุกตำบล ทั่วประเทศ)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4503 โทรสาร : 0 2590 4501 สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508 โทรสาร : 0 2590 4501 สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย		ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์มือถือ : 081 682 9668 E - mail : kitti.l@anamai.mail.go.th นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086 879 6655 E - mail : nithirat.b@anamai.mail.go.th			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางรัชณี บุญเรืองศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508 โทรสาร : 0 2590 4501 สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย		นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 099 616 5396 E - mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4499 โทรสาร : 0 2590 4501 E - mail : 02group.anamai@gmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย					
การรายงานผลใน Health KPI (โปรดระบุ)	หน่วยงานส่วนกลาง 1. นางรัชณี บุญเรืองศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508 โทรสาร : 0 2590 4501 สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย 2. นายทรงพล คำนึ่งเกียรติวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508		นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 099 616 5396 E - mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 091 064 5280			

	โทรสาร : 0 2590 4501	E - mail : Songpol.k@anamai.mail.go.th
	สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	
	3. นายสุรเชษฐ์ หาญรบ	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508	โทรศัพท์มือถือ : 089 626 9721
	โทรสาร : 0 2590 4501	E - mail : turbogrean1@gmail.com
	สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนงานที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	<p>7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>7.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>7.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p>			
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>จำนวนโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป มีทั้งหมด 211 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 มีจำนวน 11,312,447 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : 7.1 และ 7.2				
	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
	7.1 ภาวะสมองเสื่อม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50
	7.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p> <p>2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์			

	2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดย่อย 7.1	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดย่อย 7.2	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2565

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30
7.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30

ปี 2566

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37.5	≥ ร้อยละ 40
7.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37.5	≥ ร้อยละ 40

ปี 2567

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
7.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50

Small Success ปี 2565

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> ● การจัดทำคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผลรอบที่ 1 โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผลรอบที่ 2 โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผลรอบที่ 3 โดยผ่าน website คลินิก

<ul style="list-style-type: none"> ● การจัดทำระบบรายงานผลการประเมินผ่าน website ● อบรมแนวทางการดำเนินงานและการลงบันทึกข้อมูล 	<p>ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุติดตาม กำกับดูแล โรงพยาบาลให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย 	<p>ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุติดตาม กำกับดูแล โรงพยาบาลให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย 	<p>ผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และเขตสุขภาพ ● สรุปผลการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ 2565 ● จัดกิจกรรมสรุปผลการดำเนินงาน
--	---	---	--

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต
---------------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือการลงบันทึกคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 5. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th
-------------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="427 1756 719 1877">Baseline data</td> <td data-bbox="719 1756 927 1877">หน่วยวัด</td> <td colspan="3" data-bbox="927 1756 1489 1809">ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 1809 719 1877"></td> <td data-bbox="719 1809 927 1877"></td> <td data-bbox="927 1809 1094 1877">2562</td> <td data-bbox="1094 1809 1257 1877">2563</td> <td data-bbox="1257 1809 1489 1877">2564</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.					2562	2563	2564	ร้อยละ	-	-	-
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.												
			2562	2563	2564										
-	หมายเหตุ - เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565														

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	<ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.สกานต์ บุนนาค นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 ต่อ 819 โทรศัพท์มือถือ : 08 0453 1110
---------------------------------	--

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร											
ระดับการแสดงผล	ศูนย์อนามัย และประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	8. จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ											
คำนิยาม	<p>1. การดำเนินการความรู้สุขภาพ สำหรับปี 2565 ทำในขอบเขตของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “สุขภาพดีวิถีใหม่ 3อ.”</p> <p>2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง Digital Health literacy ซึ่งเป็นการบริหารจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบุคคลรอบรู้หมายถึงบุคคลจะต้องมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <p>2.1 เข้าถึง ด้วยการ register เข้าสู่ Health book online เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการความรู้ไว้เป็นอย่างดีแล้ว</p> <p>2.2 เข้าใจ ด้วยการ screening & assessment จากเครื่องมือคัดกรองและรายงานผลในระบบออนไลน์ เช่น BMI, CVD risk score, BSE, H4U, แบบประเมินความเครียด ฯลฯ</p> <p>2.3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เครื่องมือ Adjust Behavior บนออนไลน์ เช่น การออกกำลังกายด้วยก้าวทำใจ การควบคุมแคลอรีด้วยโปรแกรมประเมินอาหาร การลดความเครียดโดยเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต</p> <p>3. 1 คนรอบรู้ = register + screening & assessment + Adjust Behavior</p> <p>4. คน หมายถึง ผู้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบลงทะเบียนระบบ Application ก้าวทำใจ โดยเชื่อม platform health book ไว้แล้ว ภายใน platform health book ยังประกอบด้วย Application 10 Packages (โปรแกรมการตรวจสุขภาพ), Application BSE, Application H4U, สาวไทยแก้มแดง, ไอโอดีน, Food4Health ฯลฯ</p> <p>5. บัญชี หมายถึง ข้อมูลลงทะเบียนผ่านระบบ Application</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>5,000,000 ครอบครัว</td> <td>10,000,000 คน</td> <td>10,000,000 คน</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	-	5,000,000 ครอบครัว	10,000,000 คน	10,000,000 คน
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66									
-	5,000,000 ครอบครัว	10,000,000 คน	10,000,000 คน									
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้วย Digital Health literacy ให้ประชาชนสุขภาพดีด้วย 3อ. ด้วยตนเองหรือคนในครอบครัวที่สามารถใช้เครื่องมือออนไลน์เป็น</p> <p>2. เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่จากการให้บริการสร้างความรู้แบบเดิม รวมถึงการลดภาระเรื่องการรายงาน เนื่องจาก platform สามารถออกรายงานจำนวนคนรอบรู้เป็นอัตโนมัติรายจังหวัดและอำเภอ</p> <p>3. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ซึ่งเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่ายไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน</p>											

	4. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนในระยะยาว
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรไทยทุกคน โดยตั้งเป้าหมายปี 2565 จำนวน 10 ล้านคน โดยเน้น 3 setting ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ 2. ประชาชนในชุมชนเมืองหรือชนบทผ่านการสมัครโดยตรง หรือ อสม. 3. นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การดำเนินการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรับสมัครให้เข้ามา register ผ่าน Application ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลโดยอัตโนมัติ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ชุมชน ดำเนินการผ่าน อสม รพ.สต. หรือโรงพยาบาล เชิญชวนประชาชนเข้าสู่สมัคร platform รوبرูสุขภาพผ่าน Application 1.2 โรงงาน/สถานประกอบการ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลประสานงานกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลง (MOU) 7 หน่วยงาน ที่ร่วมดำเนินการ 10 packages โดยมีรูปแบบการดำเนินงานในสถานประกอบการ ดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การจัดกิจกรรม kick off ระดับจังหวัด โดยศูนย์อนามัยและ สสจ บูรณาการร่วมกับแผนของสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เพื่อเป็นต้นแบบให้ สสอ ทุกอำเภอได้ศึกษานำไปขยายต่อในทุกอำเภอต่อไป - กรมนามัยสนับสนุนรายการต่อไปที่สามารถดาวน์โหลดในระบบออนไลน์ ประกอบด้วยแบบหนังสือแจ้งผู้ประกอบการที่ลงนามโดยหน่วยงานในพื้นที่ แบบโปสเตอร์สมัครสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน และใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งระดับดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน หมายถึง เจ้าของสถานประกอบการหรือแกนนำสุขภาพในสถานประกอบการ เชิญชวนสมาชิกสมัครใน Application ก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ดำเนินการตามบนระบบออนไลน์ - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน หมายถึง ผ่านมาตรฐานสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน และได้ดำเนินการ 10 packages อย่างน้อย 3 packages - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพดีเด่น หมายถึง ผ่านสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน และมีการขยายเครือข่าย 1.3 โรงเรียน ประสานผ่านครุอนามัย งานอนามัยโรงเรียน <p>ทั้งนี้สามารถใช้ข้อมูล Dash board เพื่อรายงานการลงทะเบียนรายหน่วยงานได้ เพราะในการลงทะเบียนสามารถระบุกลุ่มโรงเรียน สถานประกอบการได้ โดยเชิญชวนให้สมัครและเข้าถึงความรอบรู้ในแอปก้าวทำใจ</p> <p>การลงทะเบียนสร้างเสริมความรู้วิถีใหม่ 3อ. ข้อมูลจะถูกจัดเก็บอัตโนมัติใน Application ก้าวทำใจ และกรมนามัยจะประมวลผลเพื่อจัดทำเป็น Dash board โดยสามารถระบุได้ตามศูนย์อนามัยเขต ราชจังหวัดและรายอำเภอ</p>

มีขั้นตอนการใช้ Application ดังนี้

Application ก้าวทำใจ (โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ)

ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า <https://activefam.anamai.moph.go.th/> หรือ <https://www.kaotajai.com/login> เลือก ลงทะเบียน
2. ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code



LINE @THNVR

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application ก้าวทำใจ

ชื่อ-นามสกุล : น.ส.สุพิชชา วงศ์จันทร์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590-4413 โทรศัพท์มือถือ 08 9459 4451

Application 10 Packages ประกอบด้วย 3 โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า doh.hpc.go.th/screen/index.php
2. สมัครสมาชิกหัวข้อ “login”
3. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้เพื่อเข้าสู่ระบบ

โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า <http://apps.hpc.go.th/checkup>
2. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สถานประกอบการสมัครสมาชิก”
3. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “เข้าสู่ระบบสถานประกอบการ”
4. เข้าสู่หัวข้อ “ตรวจสุขภาพ” แล้วเลือกหัวข้อ “ลงทะเบียนบุคคล”
5. กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มแล้วบันทึกข้อมูล

หมายเหตุ สามารถจัดการข้อมูลรายละเอียดได้ตามหัวข้อ ดู, แบ่งปัน, แก้ไข, ลบข้อมูล

โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง (Self-monitoring) ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า hpc.go.th/hpd/hp/diet/index.php
2. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สมัครสมาชิก”
3. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “Login เข้าสู่ระบบ”
4. เข้าสู่ระบบเพื่อเข้าใช้โปรแกรม

โปรแกรม Thai Fit Stop Fat ขั้นตอนดังนี้

1. เข้าโปรแกรม Line ค้นหาเพื่อนโดยพิมพ์ @thaifitstopfat
2. คลิกปุ่มลงทะเบียน
3. กรอกข้อมูลทั่วไป
4. บันทึกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ทุกสัปดาห์
5. กดปุ่มประวัติการบันทึกเพื่อดูข้อมูลการวิเคราะห์เบื้องต้น
6. หรือแสกน QR Code เข้าโปรแกรม



ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application 10 Packages

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวกมลนิตย์ มาลัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4521 โทรศัพท์มือถือ 08 7074 8549

Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป)
ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า <http://doh.hpc.go.th/bseApp/>
2. เข้าหัวข้อที่ 1 ขั้นตอนในการใช้โปรแกรม มีหัวข้อให้เลือกตามสถานะดังนี้
 - 1 ตรวจสอบรายชื่อว่าอยู่ในฐานข้อมูลหรือไม่
 - 2 ถ้าไม่พบ ให้ทำการลงทะเบียนสมัครสมาชิกใหม่
 - 3 Login เข้าระบบ
 1. Username = “เลข 13 หลัก” หรือจะใช้ “ชื่อ นามสกุล” ก็ได้
 2. Password = วันเดือนปีเกิด เช่น
เกิดวันที่ 1 ก.พ. 2512 = 01022512 หรือจะใช้เบอร์โทรศัพท์ก็ได้ (กรณีที่ได้เพิ่มเบอร์โทรศัพท์เข้าไปแล้ว)
 - 4 ทำรายการตรวจเต้านมประจำเดือน
 - 5 ดูบันทึกการตรวจเต้านม
3. หรือเข้า QR Code เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการสมัคร



ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application BSE

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวศรินทรา พิณีกุล

สำนักส่งเสริมสุขภาพ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4522

โทรศัพท์มือถือ 09 71376 927

Application H4U Plus (การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน) ขั้นตอนดังนี้

1. ดาวน์โหลด Application H4U Plus ได้ทั้งระบบ IOS และ Android



2. เข้าสู่ Application H4U plus เลือกหัวข้อแบบสอบถามเพื่อเข้าสู่ข้อความพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application H4U Plus

ชื่อ-นามสกุล : ทันตแพทย์หญิงนันทมนัส แยมบุตร สำนักทันตสาธารณสุข

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4215 โทรศัพท์มือถือ 08 1485 0402

Googleform สาวไทยแถมแดง

1. แสแกน QR Code



2. กรอกข้อมูลตามแบบสอบถาม
3. ยืนยันการส่งข้อมูล

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Googleform สาวไทยแถมแดง

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวอารีญา กรุดเงิน สำนักโภชนาการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4334 โทรศัพท์มือถือ 09 6661 3663

Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

1. เข้า <https://checkin.dmh.go.th/index.php>
2. เลือกโปรแกรมที่ต้องการประเมิน



ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

ชื่อ-นามสกุล : นายปองพล ชุขณะโชติ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

โทรศัพท์ที่ทำงาน - โทรศัพท์มือถือ 08 9635 4828

การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลโครงการเสริมสร้างความรอบรู้วัยทำงาน
สุขภาพดีในสถานประกอบการ แต่ละ Application ดังนี้

Application ก้าวทำใจ (โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ)
มีขั้นตอนดังนี้

1. เข้า <https://activefam.anamai.moph.go.th/> หรือ
<https://www.kaotajai.com/login> เลือก ลงทะเบียน
2. ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code



Application 10 Packages

(โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมเฝ้า
ระวังสุขภาพตนเอง (Self-monitoring) และโปรแกรม Thai Fit Stop Fat)

1. เข้าสู่ระบบ doh.hpc.go.th/screen/registerSum_region.php
2. ข้อมูล App คือ กลุ่มที่ขึ้นทะเบียนผ่านโปรแกรม

Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับเจ้าหน้าที่)
ขั้นตอนดังนี้

1. Log in ด้วยรหัสสถานพยาบาล
 2. เปิดดูข้อมูล BSE ที่ผิดปกติของประชาชนในพื้นที่ในพื้นที่รับผิดชอบ
 3. ติดตามเพื่อให้มาตรวจยืนยัน
 4. ถ้า CBE แล้วผิดปกติ ส่งต่อ
 5. ใส่ผลการดำเนินงานผ่าน Application มาได้
- ** สามารถดู
1. รายชื่อผู้ทำรายการผ่าน BSE Application ได้
 2. สรุป BSE รายเขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบลได้
6. หรือเข้า QR Code เข้าสู่ขั้นตอนการประมวลผลจำนวนคนที่ตรวจเต้านมด้วย
ตนเองผ่าน Application



Googleform สาวไทยแค้นแดง

สำนักโภชนาการจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

แพลตฟอร์มไอโอดีน

1. เข้า <http://203.157.71.149/h/iodine/menu>
2. เลือกหัวข้อ สำหรับประชาชน หรือสำหรับเจ้าหน้าที่
3. เลือกหัวข้อต่าง ๆ ตามต้องการ เช่น หาไอโอดีนได้จากที่ไหน แผนที่ไอโอดีน ความรู้เรื่องไอโอดีน ฯลฯ

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน แพลตฟอร์มไอโอดีน

ชื่อ-นามสกุล : นางสาววิภาศรี สุวรรณผล สำนักโภชนาการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4335 โทรศัพท์มือถือ 09 8263 9591

Application Food4Health





(สื่อเมนูสุขภาพและการรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์)


โครงการจัดการสภาพแวดล้อมและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการเตรียมความพร้อมวัยทำงานสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดี

web application ใช้งานผ่านมือถือ

1. เข้า <https://f4h.anamai.moph.go.th>
หรือ สแกน QR Code




2. ลงทะเบียนเข้าใช้งาน กรอกข้อมูลชื่อนามสกุล หมายเลขประจำตัวประชาชน หรือหมายเลขโทรศัพท์ น้ำหนัก และส่วนสูง ที่อยู่ ระดับการใช้พลังงาน และ ข้อมูลอื่น ๆ ให้ครบถ้วน (ถ้าไม่ได้ประกอบอาชีพขายอาหาร ไม่ต้องใส่ชื่อร้าน) กดลงทะเบียน
3. กดที่ปุ่ม  เพื่อตรวจสอบผลการประเมินภาวะโภชนาการ ผอม ปกติ (หุ่นดี) น้ำหนักเกิน อ้วน อ้วนอันตราย
4. กดที่ปุ่มรูปจาน  เพื่อบันทึกการกินอาหารแต่ละมื้อ
5. กดปุ่ม  เพื่อเรียกดูเมนูอาหาร จะมีประเภทอาหารให้เลือก เลือกอาหารที่กินแต่ละมื้อ และปริมาณที่กิน กดบันทึก ทำจนครบทุกมื้อ
6. กดที่ปุ่ม  เพื่อดูคำแนะนำการกินอาหาร พลังงานที่ควรได้รับ ปริมาณอาหารที่ควรได้รับ ผลการกินอาหารเทียบกับปริมาณที่ควรได้รับ และเมนูสุขภาพที่ผ่านการรับรองจากกรมอนามัย กดเพื่อดูที่อยู่ร้านและอื่น ๆ


7. กดปุ่ม  จะนำไปสู่เมนูการตั้งค่า/เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล ดูคะแนน Health Point ส่งข้อเสนอแนะต่าง ๆ ประเมินความพึงพอใจ และแผนที่เมนูสุขภาพ

8. สำหรับร้านอาหาร

8.1 สามารถใช้งานเพิ่มเติมได้ในส่วนของการพัฒนาเมนูสุขภาพ และการ

รับรองเมนูสุขภาพออนไลน์ โดยกดปุ่ม  กรอกข้อมูลประเภทอาหาร ชื่อเมนู จำนวนคนต่อสูตร ราคา

8.2 บันทึกส่วนประกอบและปริมาณ กวีวิเคราะห์ผลการประเมิน บันทึกสูตรอาหาร และภาพถ่าย

8.3 กดปุ่ม  เพื่อพิมพ์ใบรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์ บันทึกใบรับรองและสั่งพิมพ์ได้ตามต้องการ

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Food/Health

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวบังเอิญ ทองมอญ

สำนักโภชนาการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4307

โทรศัพท์มือถือ 08 9775 5990

Application FunD เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก และสนับสนุนให้ผู้ใช้งานประเมินสภาวะช่องปากของตนเอง สามารถใช้งานได้ทั้งระบบ IOS และ Android



ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application FunD

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวอริศรา พัตตาสิงห์

สำนักทันตสาธารณสุข

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4489

โทรศัพท์มือถือ 06 6162 4682

หมายเหตุ

1. รวบรวมผลการดำเนินการแต่ละ Application ก่อนนำส่งข้อมูลไปยังศูนย์อนามัยเขตต่อไป

2. มีการเพิ่มเติม Application ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในภายหลัง

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนคนที่ลงทะเบียน

รายการข้อมูล 2

-

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
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
1,250,000 ครอบครัว	2,500,000 ครอบครัว	3,750,000 ครอบครัว	5,000,000 ครอบครัว
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2,500,000 คน	5,000,000 คน	7,500,000 คน	10,000,000 คน
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	10,000,000 คน
เป้าหมายจำนวน 2565			
ลำดับที่	ศูนย์อนามัยที่	จำนวนประชากร (คน)	เป้าหมายปี 2565 (คน)
1	ศูนย์อนามัยที่ 1	5,876,353	887,845
2	ศูนย์อนามัยที่ 2	3,538,314	534,596
3	ศูนย์อนามัยที่ 3	2,935,081	443,455
4	ศูนย์อนามัยที่ 4	5,401,564	816,110
5	ศูนย์อนามัยที่ 5	5,331,768	805,565
6	ศูนย์อนามัยที่ 6	6,199,296	936,637
7	ศูนย์อนามัยที่ 7	5,024,006	759,065
8	ศูนย์อนามัยที่ 8	5,519,803	833,974
9	ศูนย์อนามัยที่ 9	6,717,536	1,014,937
10	ศูนย์อนามัยที่ 10	4,586,883	693,022
11	ศูนย์อนามัยที่ 11	4,482,497	677,250
12	ศูนย์อนามัยที่ 12	4,985,404	753,233
13	สสม.	5,588,222	844,311
	รวมทั้งหมด	66,186,727	10,000,000
(*อ้างอิงจากข้อมูล สถิติประชากรทางทะเบียนราษฎร เดือนธันวาคม 2563: สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2564)			
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการลงทะเบียนจากแบบรายงานศูนย์อนามัยที่ 1-12 และ สสม.		

เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application 10 Packages 2. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application BSE 3. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application H4U				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	-	ครอบครัว	-	-	4,414,887 (ข้อมูลวันที่ 30 มิ.ย. 64)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางพรเลขา บรรหารศุภวาท นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 08 1870 0012 E-mail : ponlakha.b@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. น.ส.กมลนิตย์ มาลัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4521 โทรศัพท์มือถือ : 08 7074 854 E-mail: kamolnit.m@anamai.mail.go.th 2. นายกชธนาณัฏฐ์ โพธิมา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4662 โทรศัพท์มือถือ : 08 7211 3219 E-mail: kotthananat.p@anamai.mail.go.th 3. น.ส.ศิรินทรา พิณีกุล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4522 โทรศัพท์มือถือ : 09 7137 6927 E-mail: sirintra.p@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4740 โทรศัพท์มือถือ : 09 1890 4608 E-mail : ekkachai.c@anamai.mail.go.th นางพรเลขา บรรหารศุภวาท นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 08 1870 0012 E-mail : ponlakha.b@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข				
การแสดงผลใน HealthKPI	<input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย นายกชธนาณัฏฐ์ โพธิมา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4662 โทรศัพท์มือถือ : 08 7211 3219 E-mail : kotthananat.p@anamai.mail.go.th				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&PExcellence)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	<p>11. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง</p> <p>11.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>11.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>				
คำนิยาม	<p>1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>1.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธี ดังนี้</p> <p>(1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>(2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ : ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรอง โดยวิธีที่ (2) ได้เลย</p> <p>1.2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-90 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	-	-	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE=“9”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud		
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
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
-	≥ร้อยละ 15	-	≥ร้อยละ 30
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ร้อยละ 15	≥ร้อยละ 45	≥ร้อยละ 60
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล :	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยัน		

	<p>วินิจฉัยได้ตั้งแต่วันที่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจาก แพ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา)</p> <p>B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแพ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - BStest เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL \geq 126 mg/dl - BStest เป็น 2 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร), 4 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL \geq 110 mg/dl 				
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	-	59.99	62.27 (ที่มา: HDCวันที่ 17 ส.ค. 64)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3964 แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3964 นางสาวณัฐฉิรพรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 		<p>ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : iamkrisada@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> นางสาวณัฐฉิรพรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 นางสาววรัญญา ตริเหลา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 		<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ :</p>		

	โทรสาร : 0 2590 3893 4. นางสาวสุภาพร น้อยคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893	E-mail : rungnapa19900@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : maymmay2343@gmail.com
--	--	---

คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)

2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

2.2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ 80 แต่ควรเน้นผลลัพธ์ การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน(ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
-	-	\geq ร้อยละ 52	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์ เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย)PERSON.NATION="099"(สัญชาติไทย)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC								
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) <u>หรือ</u> การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม (ภายใน 90 วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดัน โลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถาน บริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน (ต.ค. 64 - ก.ย. 65)								
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>-</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>≥ ร้อยละ 40</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 52</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 40	-	≥ ร้อยละ 52
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 40	-	≥ ร้อยละ 52						
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>≥ ร้อยละ 50</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70						
ปี 2565:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80						
วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ								

วิธีการประมวลผล

* A : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยโดยการทำให้ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัด ความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกัน อย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัด ความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

* A : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการ วัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่ สถานบริการสาธารณสุข หรือ ในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดย ประมวลผลจาก แฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP

* B : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัว บนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ

ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน)

1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน วันที่ 1 กันยายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564

ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลเดิม)

1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ใน วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลเดิมภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล จะต้องไม่เกินวันที่ 29 มกราคม 2564 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2564

เอกสารสนับสนุน :

1.รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ

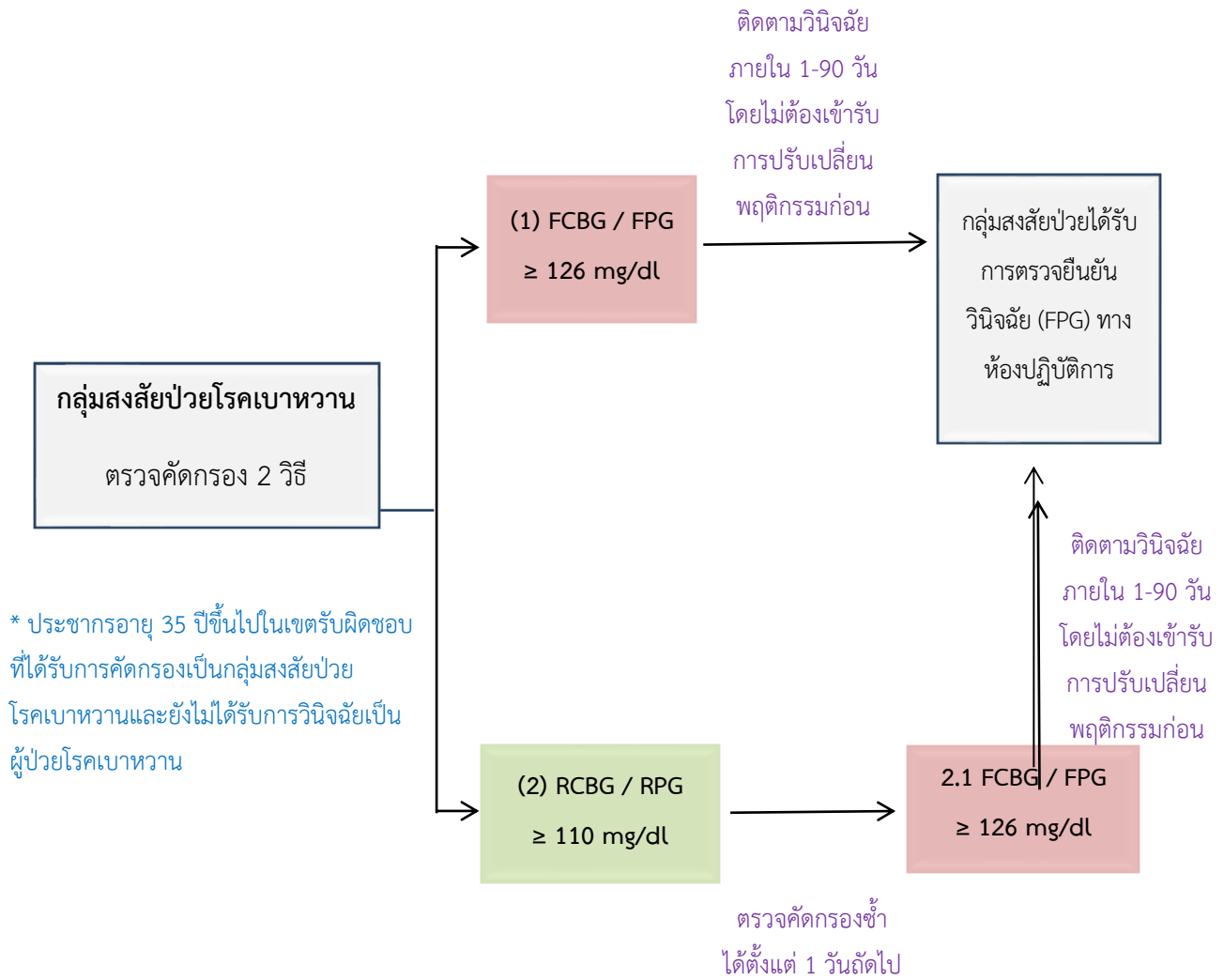
2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	68.92	76.13 (ข้อมูล ณ วันที่ 17 ส.ค. 64)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์กฤษฏา หาญบรรเจ็ด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3964</p> <p>2. แพทย์หญิงจรัสพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3893 โทรสาร : 0 2590 3893</p> <p>3.นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893</p>	<p>ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : iamkrisada@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)</p>	<p>กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893</p> <p>2.นางหทัยชนก เกตุจนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893</p> <p>3.นางสาวเบญจมาศ นาคราช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893</p> <p>4.นางสาวจิตรา บุญโพก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893</p> <p>5.นางสาวขวัญชนก อีสระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : hathaichai@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : bnakkarach@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jidtra_oum@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : khuanchanok_cake@hotmail.com</p>

เอกสารแนบ 1

การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน



หมายเหตุ : ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรอง
ในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรอง โดยวิธีที่ (2) ได้เลย

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก	31. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	31.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 31.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ</p> <p>พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 63 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลาภายใน 1 ปี</p> <p>ระยะเวลา 1 ปี หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป</p> <p>ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X60 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแล ติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนไปถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ 1 มกราคม 2565 จะถือว่าเป็นการทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี</p> <p>แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแล</p>

ต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ต่อไป ไม่นับว่าเป็น การทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

เข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของประเทศไทยและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และหรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15 - 30 วัน

เกณฑ์เป้าหมาย : 31.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : 31.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์

1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา วิธีการ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน
2. เป็นเครื่องชี้วัดที่บ่งบอกถึง ขนาด ระดับความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนในแต่ละพื้นที่ และเป็นข้อมูลที่จะถูกนำมาใช้ในการกำหนดมาตรการและแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องไปกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ภูมิภาคและประเทศ
- 3.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ ติดตาม และเฝ้าระวัง ความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และเตรียมความพร้อมต่อการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมาย : ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ

เป้าหมายย่อย : ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้งในช่วงเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เป้าหมาย : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายย่อย : รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตและรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต</p>
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมาย : ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย</p> <p>เป้าหมายย่อย : หน่วยบริการสาธารณสุข</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2564
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ (รายเก่าของปี 64 + รายใหม่ ปี 65)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ (รายเก่าของปี 64 + รายใหม่ ปี 65)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>เป้าหมาย : $(A/B) \times 100,000$</p> <p>เป้าหมายย่อย : $(C/D) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>เป้าหมาย : ไตรมาส 4</p> <p>เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4</p>

เกณฑ์การประเมิน 31.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

31.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน
-	-	-	ร้อยละ 80

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน
-	-	-	ร้อยละ 85

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90

ปี 2565 :

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

วิธีการประเมินผล :

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

เอกสารสนับสนุน :

- ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.64	7.37	4.21 (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2564)
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	94.0	97.23	98.75 (ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2564)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์</p> <p>1. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรสาร : 043-224722</p> <p>2. นางอรพิน ยอดกลาง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรสาร : 043-224722</p> <p>3.นางสาวพนิดา ชาปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรสาร : 043-224722</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8052420 E-mail : n_jumpathong@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 E-mail : orapin63308@gmail.com</p> <p>จพง.เวชสถิติชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-6199137 E-mail : suicidethailand@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางอรพิน ยอดกลาง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรสาร : 043-224722</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 E-mail : orapin63308@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต</p>
<p>การแสดงผลใน HealthKPI</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง</p> <p>ชื่อหน่วยงาน : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต</p> <p>ชื่อ-สกุลผู้รายงานผล : นางสาวอาภาวดี วงศ์เจริญ</p> <p>ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5908030 โทรศัพท์มือถือ : 08 4060 0684</p> <p>โทรสาร : 02 149 5524 E-mail : psd.mhs4@gmail.com</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	22. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit 22.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) 22.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit			
คำนิยามตัวชี้วัดย่อย 22.1	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)			
เกณฑ์เป้าหมาย:				
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13			
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2565:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7

ปี 2566:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7

ปี 2567:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7

Small Success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมองจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ</p> <p>2. มีการนำ Care map for Hemorrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit</p>	<p>1. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที $\geq 65\%$</p> <p>2. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit $\geq 70\%$</p> <p>3. โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้</p> <p>4. อบรม Stroke: Basic course</p>	<p>1. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) $< 25\%$</p> <p>2. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke: I63) $< 5\%$</p> <p>3. จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke Fast Track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม</p> <p>4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างรพ. ในเครือข่ายวิชาการ</p> <p>5. อบรม Stroke Advance course</p>	<p>1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) $< 7\%$</p> <p>2. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) $< 25\%$</p> <p>3. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke: I63) $< 5\%$</p> <p>4. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที $\geq 70\%$</p> <p>5. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq 75\%$</p> <p>6. มีการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง</p>

			7. อบรม Stroke Manager course
--	--	--	-------------------------------

หมายเหตุ ตัวชี้วัดที่อยู่เพิ่มเติมใน Small Success ติดตามผ่านการตรวจราชการกระทรวง

วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13 (รายงาน ต.ก.2)
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
------------------	------------------------------------

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	8.16	ร้อยละ	7.97	8.01	8.19 (9เดือน)
หมายเหตุ : ปี 2562 ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 – 12 ปี 2563 – 2564 ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 13					

ค่านิยามตัวชี้วัดย่อย 22.2	<p>การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p>หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ
----------------------------	---

เกณฑ์เป้าหมาย:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
--------------	--

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล
----------------------	---

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
----------------------	---

แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
-------------	--

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
----------------	--

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน
ปี 2565:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75

ปี 2566:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85

ปี 2567:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85

วิธีการประเมินผล : การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13

เอกสารสนับสนุน : สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	69.74	ร้อยละ	63.36	70.62	73.90 (6เดือน)

หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 – 12

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 08 1843 4502
โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: suchathanc@yahoo.com
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 08 7114 9480
โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: j.bunthong@gmail.com

	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 08 7114 9480 โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
การรายงานผลใน HealthKPI	1. ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6332 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	27. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
< 3.6 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.5 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< 3.65 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.65 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< 3.55 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.55 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.50 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< 3.45 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.45 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.40 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด
--------------------	--------------------------------

	2. ส่งข้อมูลครบทุกเขตสุขภาพ 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	7	อัตราตายทารกแรกเกิด ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	4.52	4.21	4.42 (6 เดือน)
	HDC: 2 ต.ค. 63 ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผศ.พิเศษ นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรสาร : 0 2354 89439 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์		ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์มือถือ : 08 3007 0578 E-mail : wiboonkan@gmail.com		
	2. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 E-mail : supawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ผศ.พิเศษ นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรสาร : 0 2354 89439 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์		ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์มือถือ : 08 3007 0578 E-mail : wiboonkan@gmail.com		
	2. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 E-mail : supawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919		
	3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: eva634752@gmail.com		

การรายงานผลใน HealthKPI	1. ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6332 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com
----------------------------	--

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)										
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ										
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	<p>34. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด</p> <p>34.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>34.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>34.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>34.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>										
ตัวชี้วัดหลัก	34.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI										
คำนิยาม 34.1	<p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>อัตราตายในผู้ป่วย STEMI</p> <p>1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit)</p> <p>2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67		< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8
	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67								
	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8								
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด 										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)										
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC										
รายการข้อมูล 1.1	A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด										
รายการข้อมูล 2.1	B2 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส										

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8

วิธีการประเมินผล : รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
			13.39	ร้อยละ	9.84

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry

ตัวชี้วัดรอง 34.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

คำนิยาม 34.2
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)
 การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง
 1. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ
 2. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย:

รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
34.2.1 ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70
34.2.2 Primary PCI	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษานผู้ป่วย STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
 - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน

แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 34.2.1	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A/B) × 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 34.2.2	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (C/D) × 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2565:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
34.2.1 ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60
34.2.2 Primary PCI	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60

ปี 2566:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
34.2.1 ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60
34.2.2 Primary PCI	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60

ปี 2567:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
34.2.1 ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
34.2.2 Primary PCI	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70

วิธีการประเมินผล :

รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564 (9เดือน)
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	ร้อยละ	49.02	46.66	50.34
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที	ร้อยละ	ร้อยละ	49.51	46.20	45.63

	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">หลังได้รับการวินิจฉัย</div>				
	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry				
เอกสารสนับสนุน :	- Thai ACS Registry - Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020 - IBANEZ, Borja, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). <i>European heart journal</i> , 2017, 39.2: 119-177.				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.อรวรรณ อนุไพรวรรณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972	โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395			
	โทรสาร : 0 2591 9972	E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com			
	สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ระบบ Thai ACS Registry โดยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.อรวรรณ อนุไพรวรรณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972	โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395			
	โทรสาร : 0 2591 9972	E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com			
	สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์				
	2. นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350	โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564			
	โทรสาร : 0 2591 8279	E-mail: eva634752@gmail.com			
	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์				
การรายงานผลใน HealthKPI	1. ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6332 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>35. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>35.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</p> <p>35.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</p> <p>35.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</p>
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับ จาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไ้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น 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) โดยนับ จาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไ้ยยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับ จาก</p>

	<p>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</p> <p>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</p> <p>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</p> <p>* หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 65

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 60

ปีงบประมาณ 66

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 65

ปีงบประมาณ 67

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 65

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 จำแนกตาม ประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละ การรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยามโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้น ๆ 3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา 3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและวันที่ฉายแสงวันสุดท้าย กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ

	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 และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องของผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง																				
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด																				
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ 2. $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ 3. $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$																				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)																				
เกณฑ์การประเมิน																					
ปี 2565:																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2565</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td> <td>\geq ร้อยละ 60</td> <td>\geq ร้อยละ 60</td> <td>\geq ร้อยละ 60</td> <td>\geq ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2565	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 60
ปี 2565	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75																	
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75																	
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 60																	
ปี 2566:																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2566</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> <td>\geq ร้อยละ 75</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2566	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75					
ปี 2566	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75																	
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75	\geq ร้อยละ 75																	

	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
การรายงานผลใน HealthKPI	1. ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6332 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	40. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
คำนิยาม	<p>การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p> <p>*ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1</p> <p>Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p>การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอื่นพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p>

1. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา
2. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริหารพื้นที่สภาระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 - S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 - S14.1, S24.0 - S24.1, S34.0 - S34.1, S34.3
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

	S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
	M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
	M2	โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
	F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
	F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
	F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด:			
	ปีงบประมาณ 65		ปีงบประมาณ 66
	≥ ร้อยละ 70		≥ ร้อยละ 75
			ปีงบประมาณ 67
			≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน ลดความแออัด รพช. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) 		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย		
รายการข้อมูล	A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 <u>ที่ได้รับการปรับสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</u> ตามเกณฑ์การปรับสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F		
รายการข้อมูล	B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย <u>ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</u>		

	หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน																					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																					
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ (ไตรมาส 2 และ 4)																					
เกณฑ์การประเมิน																						
ปี 2565:																						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																		
	-	\geq ร้อยละ 70	-	\geq ร้อยละ 70																		
ปี 2566:																						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																		
	-	\geq ร้อยละ 75	-	\geq ร้อยละ 75																		
ปี 2567:																						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																		
	-	\geq ร้อยละ 80	-	\geq ร้อยละ 80																		
วิธีการประเมินผล :	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล																					
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562 งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562 คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) พ.ศ. 2562 																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ</td> <td>55.28</td> <td>68.68</td> <td>75.67*</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</td> </tr> </tbody> </table> <p>*หมายเหตุ: ข้อมูลจากผลตรวจราชการ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 ณ 3 พฤษภาคม 2564</p>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	-	ร้อยละ	55.28	68.68	75.67*	ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2562	2563	2564																		
-	ร้อยละ	55.28	68.68	75.67*																		
ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข																						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ศุภศิลาภิ์ จำปานาค โทรศัพท์มือถือ : 08 6702 4649		นายแพทย์เชี่ยวชาญ E-mail : sjampanak@gmail.com																			

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)										
แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ										
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ										
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	44. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)										
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1 “การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>“ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย : ทั้ง Trauma และ Non-Trauma	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Triage level 1</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table>			ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	Triage level 1	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67								
Triage level 1	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12								
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>2. ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการที่เท่าเทียม ทัวถึง ทัศนเวลา ปลอดภัยและประทับใจ</p>										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข										

	<p>1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน</p> <p>1.2 ระยะเวลาจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION</p> <p>1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแพ้ม ACCIDENT</p> <p>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>																								
แหล่งข้อมูล	<p>1. มาตรฐาน 43 แพ้มกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง																								
รายการข้อมูล 1	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 50.1	$(A/B) \times 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																								
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ปี 2565:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2566:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2567:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12																						
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด</p> <p>2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง</p> <p>3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต</p> <p>3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต</p> <p>3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ</p>																								
เอกสารสนับสนุน :	http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/																								

คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564 (9 เดือน)
			-	ร้อยละ	11.50
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255 โทรสาร : 0 2517 4262 E-mail : chalermponchairat@gmail.com โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์</p> <p>2. พญ.ณิศา สุเมธโชติเมธา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 23548108 - 37 โทรศัพท์มือถือ : 06 2561 9925 โทรสาร : 0 2354 8146 E-mail : drnathida@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์</p> <p>3. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 E-mail : k.yothesamutr@gmail.com โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255 โทรสาร : 0 2517 4262 E-mail : chalermponchairat@gmail.com โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์</p> <p>2. พญ.ณิศา สุเมธโชติเมธา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8108 - 37 โทรศัพท์มือถือ : 06 2561 9925 โทรสาร : 0 2354 8146 E-mail : drnathida@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์</p> <p>3. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 3803 3310 E-mail : k.yothesamutr@gmail.com โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์</p> <p>4. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>				
การรายงานผลใน	1. ผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				

HealthKPI

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6332

โทรสาร : 02 965 9851

E-mail : supervision.dms@gmail.com

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	52. องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 52.1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของพนักงาน (Happinometer) 52.2 ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 52.2.1 ระดับกรม และสป. (ส่วนกลาง) 52.2.2 ระดับจังหวัด
คำนิยาม	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน้อย และชุมชนสมานฉันท์ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพเป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม และสป. (ส่วนกลาง) ร้อยละ 20 - ระดับจังหวัด ร้อยละ 20	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม และสป. (ส่วนกลาง) ร้อยละ 25 - ระดับจังหวัด ร้อยละ 25	1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) 2. มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับกรม และสป. (ส่วนกลาง) ร้อยละ 30 - ระดับจังหวัด ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) สามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กรที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) : บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 1) ข้าราชการ
 - 2) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

	<p>3) พนักงานราชการ</p> <p>4) ลูกจ้างประจำ</p> <p>5) ลูกจ้างชั่วคราว</p> <p>2. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1) ระดับกรม</p> <p>2) ระดับสป. (ส่วนกลาง)</p> <p>3) ระดับจังหวัด ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และสสอ. (รวม รพ.สต.)</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าทำแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH</p> <p>2. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (ที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ จากคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับหน่วยงาน) มายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทางไปรษณีย์ อีเล็กทรอนิกส์ spd.happymoph@gmail.com</p>								
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 52.1	<p>A1 = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน</p> <p>B1 = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน</p>								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2								
รายการข้อมูล 52.2 (1)	<p>A2 = จำนวนกรมที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</p> <p>B2 = จำนวนกรมภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (9 กรม)</p>								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A2/B2) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
รายการข้อมูล 52.2 (2)	<p>A3 = จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</p> <p>B3 = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (76 จังหวัด)</p>								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A3/B3) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2565:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมิน</td> <td>-</td> <td>มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมิน	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมิน	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ						

	ความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)		- ระดับกรม และสป. (ส่วนกลาง) ร้อยละ 20 - ระดับจังหวัด ร้อยละ 20
--	--	--	---

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	มีองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพ - ระดับกรม และสป. (ส่วนกลาง) ร้อยละ 25 - ระดับจังหวัด ร้อยละ 25

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 70 ของบุคลากร ในหน่วยงานมีการประเมิน ความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)	-	มีองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพ - ระดับกรม และสป. (ส่วนกลาง) ร้อยละ 30 - ระดับจังหวัด ร้อยละ 30

วิธีการประเมินผล :	1. การประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. คณะกรรมการ/คณะทำงาน ในระดับกรมและระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
เอกสารสนับสนุน :	1. แบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	-	จำนวน	มี Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข (จังหวัด/กรม) 78 หน่วยงาน	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน • เขตสุขภาพที่มี รพศ./รพท/สสจ. ผ่านเกณฑ์ฯ อย่างละเขตละ 1 แห่ง (ร้อยละ 100) • จังหวัดที่มี รพช./สสอ. ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 10 (ร้อยละ 39.47) • กรม/ สป. (ส่วนกลาง) ที่ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 10 (ร้อยละ 77.78)	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ 1. นางธิดิภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com 2. นางสาวนริศรา เสนารินทร์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com สถานที่ทำงาน: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางธิดิภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com 2. นางสาวนริศรา เสนารินทร์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com 3. นางสาวจิราพร อธิธิชัยวัฒนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com สถานที่ทำงาน: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
การแสดงผลใน HealthKPI	1. นางธิดิภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : -				

(โปรดระบุ)	โทรสาร : 02-5918191	E-mail : inspect.n@gmail.com	
	2. นางสาวนริศรา เสนารินทร์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459	โทรศัพท์มือถือ : -	
	โทรสาร : 02-5918191	E-mail : spd.happymoph@gmail.com	
	3. นางสาวจิราพร อธิชัยวัฒนา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459	โทรศัพท์มือถือ : -	
โทรสาร : 02-5918191	E-mail : spd.happymoph@gmail.com		
สถานที่ทำงาน: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)											
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ											
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด / เขต / ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	55. ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน											
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 ส่วนราชการ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า หน่วยงานต่างๆ ของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค</p> <p>การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>75</td> <td>90</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	-	75	90	95
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66									
-	75	90	95									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทาง ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประกอบด้วย ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ส่วนราชการ จำนวน 9 ส่วนราชการ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานต่างๆ ของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ข้อมูลการรายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายในกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ผู้ตรวจสอบภายในส่วนราชการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ตรวจสอบภายในประจำหน่วยงาน</p> <p>2. เอกสารหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักฐานแสดงการสื่อสารระหว่างผู้ตรวจสอบภายในและหน่วยรับตรวจ เอกสารประกอบการตรวจสอบ กระดาษทำการตรวจสอบ รายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น</p>
แหล่งข้อมูล	ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการประเมิน และจัดส่งรายงานผลการประเมินให้กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ภายในระยะเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 - 4 ตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด

เกณฑ์การประเมิน :

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
จัดทำเครื่องมือในการตรวจสอบและประเมินผลการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง รวมทั้งเป็น แนวทางการปฏิบัติงาน ของ	25	50	75

ส่วนราชการและหน่วยงาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ คู่มือการควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งกระดาษทำการ ตรวจสอบในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง			
---	--	--	--

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือ ในการตรวจสอบและ ประเมินผลระบบการ ควบคุมภายในและเผยแพร่ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับ การดำเนินงานของกลุ่ม ตรวจสอบภายในระดับ กระทรวง ส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ คู่มือการตรวจสอบ และประเมินผลระบบ การควบคุมภายใน และ กระดาษทำการตรวจสอบ	80	85	90

ปี 2566 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
พิจารณาทบทวนผล การดำเนินงานที่ผ่านมา	85	90	95

<p>นำมาปรับปรุงพัฒนาองค์ความรู้ในรูปแบบสื่อออนไลน์ทั้งด้านทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการควบคุมภายในเพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปพัฒนาระบบการควบคุมภายในให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล รวมทั้งช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากความผิดพลาด ความสิ้นเปลือง ความสูญเปล่าของการใช้ทรัพย์สิน หรือการกระทำอันเป็นการทุจริต</p>			
---	--	--	--

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยประเมินตามเกณฑ์การประเมินตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="443 1288 1401 1964"> <thead> <tr> <th data-bbox="443 1288 576 1350">ระดับ</th> <th data-bbox="576 1288 1209 1350">เกณฑ์การประเมิน</th> <th data-bbox="1209 1288 1401 1350">คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="443 1350 576 1574">1</td> <td data-bbox="576 1350 1209 1574">มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยงานในสังกัดส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</td> <td data-bbox="1209 1350 1401 1574">เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1574 576 1964">2</td> <td data-bbox="576 1574 1209 1964">มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. 5) ทุกระดับ</td> <td data-bbox="1209 1574 1401 1964">เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	1	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยงานในสังกัดส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน	2	มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. 5) ทุกระดับ	เท่ากับ 1 คะแนน
ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน								
1	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยงานในสังกัดส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน								
2	มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. 5) ทุกระดับ	เท่ากับ 1 คะแนน								

		4. รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปค. 6) โดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง							
	3	มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานทุกระดับให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา	เท่ากับ 1 คะแนน						
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมทั้งประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบลดลงทุกปี	เท่ากับ 1 คะแนน						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>เกณฑ์การประเมิน</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</td> <td>เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>				ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน							
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	เท่ากับ 1 คะแนน							
หมายเหตุ : ค่าคะแนนแต่ละระดับ = คิดเป็นร้อยละ 20									
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>2. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่</p> <p>2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม</p> <p>2.2 พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79</p> <p>2.3 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561</p> <p>2.4 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561</p>								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.						
			2562	2563	2564				
	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ	-	-	87.74				

	ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ และประเมินผลระบบ การควบคุมภายใน				(ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิ.ย. 64)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ - สกุล นางสาวเครือพันธ์ บุบุญญ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2345 โทรศัพท์มือถือ : 09 2909 9595 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : boonboonboon05@gmail.com ชื่อ - สกุล นางธัญชนก เสาวรัจ ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ : 08 2264 5429 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : thancha9@hotmail.com ชื่อ - สกุล นางสาวกัลลิตา แสงปรีชา ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 0646 2100 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : pedgrab2014@gmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ - สกุล นางธัญชนก เสาวรัจ ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ : 08 2264 5429 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : thancha9@hotmail.com ชื่อ - สกุล นางณัฐนิชา กลัมพสุต ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 08 8091 4748 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : nkalumpasut@gmail.com3 ชื่อ - สกุล นางสาวดารณี บุญรอด ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ 06 5446 5679 โทรสาร 0 2590 2337 E-mail : bowy.97@gmail.com ชื่อ - สกุล นางสาวกรภัทร วันแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ 06 5551 5591 โทรสาร 0 2590 2337 E-mail : citymio_2526@hotmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการ รายงาน ผลการดำเนินงาน	ชื่อ - สกุล นางสาวเครือพันธ์ บุบุญญ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2345 โทรศัพท์มือถือ : 09 2909 9595 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : boonboonboon05@gmail.com ชื่อ - สกุล นางณัฐนิชา กลัมพสุต ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 08 8091 4748 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : nkalumpasut@gmail.com ชื่อ - สกุล นางสาวกัลลิตา แสงปรีชา ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 0646 2100				

	<p> โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : pedgrab2014@gmail.com ชื่อ - สกุล นางสาวดารณี บุญรอด ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ 06 5446 5679 โทรสาร 0 2590 2337 E-mail : bowy.97@gmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข </p>
<p> การแสดงผลใน Health KPI </p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง ชื่อหน่วยงาน กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ชื่อ - สกุล นางสาวกัลลิตา แสงปรีชา ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 0646 2100 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : pedgrab2014@gmail.com </p>

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	59. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์</p> <p>การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูล บุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 2. ข้อมูลเพศ (SEX) 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) <p>โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ไม่เป็นค่าว่าง 1.2 ไม่เป็นเลข Generate 1.3 ตรงตามหลัก Mod 11 2. ข้อมูลเพศ (SEX) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) <ul style="list-style-type: none"> - รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) <ol style="list-style-type: none"> 4.1. ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตรประชาชน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0

	<p>4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง</p> <p>4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate</p> <p>4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11</p> <p>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)</p> <p>5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>5.2 กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> <p>ระยะเวลาในการประเมินผล : ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้น ๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)</p> <p>ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2. ความสอดคล้อง (Consistency) 3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) 4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป 2. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 3. Health data center: HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล = (A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	3, 6, 9 และ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2565 : ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด - จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่งของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล 3. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 (http://spd.moph.go.th/healthdata/) 4. ตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ) (http://spd.moph.go.th/healthdata/)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นางสาวภคพร สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497 โทรสาร : 02-591-8565 สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ		
	ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง				

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495,1497 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : duanpen@mophmail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ชื่อ-สกุล นางสาวภคพร สังข์ทอง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495,1497 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : duanpen@mophmail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495, 1497 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : duanpen@mophmail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>

แนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 59 ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจน เพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูลบุคคลในแฟ้ม Person ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ จำนวน 5 ฟิลด์ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)
2. ข้อมูลเพศ (SEX)
3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)
4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)
5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)

และให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย

5. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)
6. ความสอดคล้อง (Consistency)
7. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)
8. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)

แสดงตามตารางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ดังนี้

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
2	เลขที่บัตรประชาชน (CID)	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนด เป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชน สัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	ไม่เป็นค่าว่าง-ตรงตามหลัก Mod 11	เกณฑ์การประเมิน - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 สูตรคำนวณ $CID_1 = \frac{A}{B} \times 100$ นิยามตัวแปร CID ₁ = ร้อยละข้อมูลที่ไม่เป็นค่าว่างตามมิติ <i>ความถูกต้อง</i> A = ข้อมูลที่ไม่เป็นค่าว่าง B = ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด	ตรงตามหลัก Mod 11 กรณีสัญชาติไทย	เกณฑ์การประเมิน ตรวจสอบจากข้อมูลประชากรสัญชาติไทย โดยมีการเงื่อนไข - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลังวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อนวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0	จำนวนข้อมูลที่มีการรับ-ส่งระหว่างหน่วยบริการและ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย)	ส่วนกลาง ประมวลผลเรื่องความทันเวลาตาม HDC กระทรวงสาธารณสุข

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
						<p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $CID_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <p><u>นิยามตัวแปร</u></p> <p>CID₂ = ร้อยละข้อมูลที่ถูก ถูกต้องตาม เกณฑ์ การประเมินของ เลขที่บัตรประชาชน (CID) ตามมิติความ สอดคล้อง</p> <p>A = ข้อมูลที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์การ ประเมินของเลขที่ บัตรประชาชน (CID) ตามมิติ ความสอดคล้อง</p> <p>B = ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด</p>		
9	เพศ (SEX)	1 = ชาย, 2 = หญิง	ตรงตาม รหัสมาตรฐาน	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรงตามรหัสมาตรฐาน	รหัสมาตรฐานและ ค่านำหน้าชื่อ ต้องตรงกัน	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> รหัสมาตรฐานและคำ นำหน้าชื่อ		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
				<p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $SEX_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <p><u>นิยามตัวแปร</u> SEX₁ = ร้อยละข้อมูลเพศ (SEX) ที่ตรงตามรหัสมาตรฐานตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลเพศที่ตรงตามรหัสมาตรฐาน B = ข้อมูล person ทั้งหมด</p>		<p>ต้องตรงกัน (ตรงตามตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ))</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $SEX_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <p><u>นิยามตัวแปร</u> SEX₂ = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง B = ข้อมูล person ทั้งหมด</p>		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ				ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง			
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
10	วันเกิด (BIRTH)	<p>วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ. นั้นๆ)</p> <p><u>หมายเหตุ</u> : YYYY = ปี ค.ศ., MM = เดือน 2 หลัก 01-12, DD = วันที่ 2 หลัก 01-31 และสามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้</p>	<p>เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการจากแฟ้ม Service เมื่อเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี</p>	<p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <p>เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการ เมื่อเทียบจากวันที่ 1 มกราคมของปี ต้องมีค่าอยู่ระหว่างติดลบ 1 และไม่เกิน 150</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $BIRTH_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <p><u>นิยามตัวแปร</u></p> <p>BIRTH₁ = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความถูกต้อง</p> <p>A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความถูกต้อง</p> <p>B = ข้อมูล person</p>	<p>เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการจากแฟ้ม Service เมื่อเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี</p>	<p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <p>ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างเลขบัตรประชาชน ต้องสอดคล้องกับวันเดือนปีเกิด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลังวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อนวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0 <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $BIRTH_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <p><u>นิยามตัวแปร</u></p> <p>BIRTH₂ = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์</p>		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
				ทั้งหมด		การประเมินของ วันเกิด (BIRTH) ตามมิติความ สอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมิน ของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความ สอดคล้อง B = ข้อมูลเพิ่ม person ที่เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1, 3		
15	สัญชาติ (NATION)	รหัสมาตรฐานตามกรมการ ปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	ตรงตาม รหัสมาตรฐาน	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรงตามรหัสมาตรฐาน <u>สูตรคำนวณ</u> $N_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> N1 = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์การประเมิน ของสัญชาติ (NATION) ตามมิติความถูกต้อง	หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และ หากเป็น ต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตร ประชาชน - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0 - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 <u>สูตรคำนวณ</u> $N_2 = \frac{A}{B} \times 100$		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
				<p>A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสัญชาติ (NATION) ตามมิติความถูกต้อง</p> <p>B = ข้อมูล Person ทั้งหมด</p>		<p><u>นิยามตัวแปร</u></p> <p>N2 = ร้อยละข้อมูลที่ต้องถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสัญชาติ (NATION) ตามมิติความสอดคล้อง</p> <p>A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสัญชาติ (NATION) ตามมิติความสอดคล้อง</p> <p>B = ข้อมูล Person สัญชาติไทยทั้งหมด</p>		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
24	สถานะ/ สาเหตุ การจำหน่าย (DISCHARGE)	1 = ตาย, 2 = ย้าย, 3 = สาบสูญ, 9 = ไม่จำหน่าย <u>หมายเหตุ</u> : กรณี ผู้รับบริการ ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือคนในเขตที่ยังไม่จำหน่าย ให้เป็น 9	ตรงตาม รหัสมาตรฐาน	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรงตามรหัสมาตรฐาน <u>สูตรคำนวณ</u> $D_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> D1 = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์การประเมิน ของสถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมินของ สถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติความถูกต้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด	กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของ บุคคลนั้น	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มี ข้อมูลของบุคคลนั้น - เชื่อมโยงโดยรหัสสถาน บริการ (HOSPCODE) และทะเบียนบุคคล (PID) <u>สูตรคำนวณ</u> $D_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> D2 = ร้อยละข้อมูลที่ ถูกต้องตาม เกณฑ์การ ประเมินของ สถานะ/สาเหตุ การจำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติ ความสอดคล้อง		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
						A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติ <i>ความสอดคล้อง</i> B = ข้อมูล Person ทั้งหมด		

ระยะเวลาในการประเมินผล

ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ

- 1.) ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)** หมายถึง ขอบเขตที่ข้อมูล ทั้ง 5 필ด์ คือข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID), ข้อมูลเพศ (SEX), ข้อมูลสัญชาติ (NATION), ข้อมูลวันเกิด (BIRTH), และข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) ที่บันทึกตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) มีความถูกต้องเชื่อถือได้
การคำนวณ: ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON (5 필ด์) ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย
 ดังนี้

$$= \frac{CID_1 + SEX_1 + BIRTH_1 + N_1 + D_1}{5}$$

2.) ความสอดคล้อง (Consistency) หมายถึง ข้อมูลถูกนำเสนอในรูปแบบที่สอดคล้อง ตามที่โครงสร้างมาตรฐานกำหนด

การคำนวณ: ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย ดังนี้

$$= \frac{CID_2 + SEX_2 + BIRTH_2 + N_2 + D_2}{5}$$

3.) ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) หมายถึง จำนวนข้อมูลที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) ประกอบด้วย ข้อมูลจากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS_OPD ในระหว่างเวลา 3 ครั้งสุดท้ายของการส่งข้อมูลล่าสุด

การคำนวณ: ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย)

$$= \frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ } HDC \text{ รับได้จากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS_OPD} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลที่มีการส่งออกจากหน่วยบริการ}}$$

4.) ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness) หมายถึง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ทันต่อการใช้งาน เพื่อประโยชน์ในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

(เป็นไปตามเงื่อนไขการประมวลผลของ HDC โดยจะตรวจสอบข้อมูลการรับบริการของเดือนปัจจุบันภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป และจะต้องมีข้อมูลในวันราชการ ทุกวัน จากแฟ้ม SERVICE)

การคำนวณ: ร้อยละของความทันเวลาในการส่งข้อมูล

$$= \frac{\text{จำนวนเดือนที่มีการบันทึกและส่งออกข้อมูลได้ทัน} \times 100}{\text{จำนวนเดือนที่ต้องส่งข้อมูลทั้งหมด}}$$

ระยะเวลาในการประเมินผล

ประมวลผลจาก Health Data Center (HDC) ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W _i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางค์) (M _i)					คะแนนถ่วงน้ำหนัก (W _i × M _i)
			(ไม่ผ่าน) ร้อยละ 50 (< 94.99%)	ร้อยละ 60 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 70 (96.00-96.99%)	ร้อยละ 75 (97.00-98.99%)	ร้อยละ 80 (99.00-100%)	
1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)								
- ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON (5 ฟิลด์) ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	30							
2. ความสอดคล้อง (Consistency)								
- ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูล บุคคล ในแฟ้ม PERSON ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	25							
3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)								
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ใน แฟ้ม PERSON ที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มี	30							

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W_i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)					คะแนนถ่วงน้ำหนัก ($W_i \times M_i$)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 ($< 94.99\%$)	ร้อยละ 60 ($95.00-95.99\%$)	ร้อยละ 70 ($96.00-96.99\%$)	ร้อยละ 75 ($97.00-98.99\%$)	ร้อยละ 80 ($99.00-100\%$)	
จำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) (ร้อยละ 80)								
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (timeless)								
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่ง ข้อมูล (ร้อยละ 80)	15							
รวม ($\sum W_i$)	100	ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ($\sum(W_i \times M_i)$)					$\sum W_i$	

หมายเหตุ

- W หมายถึง น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และผลรวมน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดเท่ากับ 100
- M หมายถึง คะแนนที่ได้จากการเทียบกับร้อยละของผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด
- i หมายถึง ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)

- | | | | | |
|------------------------------|---------------|---------------|----------------------------------|-----------|
| ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ | มีค่าน้อยกว่า | 94.99 | เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ | ร้อยละ 50 |
| ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ | มีค่าระหว่าง | 95.00 - 95.99 | เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ | ร้อยละ 60 |
| ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ | มีค่าระหว่าง | 96.00 - 96.99 | เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ | ร้อยละ 70 |
| ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ | มีค่าระหว่าง | 97.00 - 98.99 | เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ | ร้อยละ 75 |
| ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ | มีค่าระหว่าง | 99.00 - 100 | เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ | ร้อยละ 80 |

ผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 6 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 9 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 12 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4

ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล = $\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด}}$

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

ตัวอย่างตารางทดสอบ ในไตรมาสที่ 1 จังหวัดทดสอบ : ใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

ประมวลผลจาก Health Data Center (HDC) ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W _i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M _i)					ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M _i)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 (< 94.99%)	ร้อยละ 60 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 70 (96.00-96.99%)	ร้อยละ 75 (97.00-98.99%)	ร้อยละ 80 (99.00-100%)	
1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)								
- ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON (5 พิลด์) ตาม	30	99.5208					80	(30x80) = 24

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W _i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางค์) (M _i)					ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบ บัญญัติไตรยางค์) (M _i)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 (< 94.99%)	ร้อยละ 60 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 70 (96.00-96.99%)	ร้อยละ 75 (97.00-98.99%)	ร้อยละ 80 (99.00-100%)	
โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)								
2.ความสอดคล้อง (Consistency)								
- ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูล บุคคล ในแฟ้ม PERSON ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	25	97.3751				75		(25x75) = 18.75
3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)								
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ใน แฟ้ม PERSON ที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มี จำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) (ร้อยละ 80)	30	99.6938					80	(30x80) = 24
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (timeless)								
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่ง ข้อมูล (ร้อยละ 80)	15	85.8333	50					(15x50) = 7.5
รวม (Σ W _i)	100		ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ($\frac{\sum(W_i \times M_i)}{\sum W_i}$)					= 74.25

หมายเหตุ

W

หมายถึง

น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และผลรวมน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดเท่ากับ 100

M	หมายถึง	คะแนนที่ได้จากการเทียบกับร้อยละของผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด
i	หมายถึง	ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)

ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าน้อยกว่า	94.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 50
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	95.00 - 95.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 60
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	96.00 - 96.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 70
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	97.00 - 98.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 75
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	99.00 - 100	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 80

ผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ	ร้อยละ 60	หมายถึง	ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 6 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ	ร้อยละ 70	หมายถึง	ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 9 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ	ร้อยละ 75	หมายถึง	ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 12 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ	ร้อยละ 80	หมายถึง	ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4

$$\text{ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} = \frac{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด}}$$

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

(ตัวอย่าง)

สรุปจังหวัดทดสอบ ในไตรมาสที่ 1 : ใช้ข้อมูลการประมวลผลจาก HDC Service มีคะแนนรวม 4 มิติ = 74.25 คะแนน ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 1

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| 1. มิติความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)) | มีคะแนนรวม = 99.5208 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความถูกต้องฯ ตามไตรมาสที่ 1 |
| 2. มิติความสอดคล้อง (Consistency) | มีคะแนนรวม = 97.3751 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความสอดคล้อง ตามไตรมาสที่ 1 |
| 3. มิติความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) | มีคะแนนรวม = 99.6938 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความครบถ้วน สมบูรณ์ ตามไตรมาสที่ 1 |
| 4. มิติความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา(timeless) | มีคะแนนรวม = 85.8333 | ไม่ผ่าน เกณฑ์การประเมินมิติความทันต่อการใช้งานฯ ตามไตรมาสที่ 1 |

ข้อเสนอแนะจากตาราง

1. การส่งข้อมูลของหน่วยบริการในทุกมิติให้ถูกต้อง สอดคล้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล มีผลต่อการประเมินผลงานตัวชี้วัดฯ
2. จังหวัดและหน่วยบริการสามารถ Download เอกสารรายละเอียดตัวชี้วัด(Template) และแนวทางการตรวจสอบได้ที่ <http://spd.moph.go.th/healthdata/>

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	63. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 63.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 63.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน 5. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 $CR < 1.5$ 1.2 $QR < 1.0$ 1.3 $Cash < 0.8$ 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดหน่วย Net Income NI) $NI < 0$ 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน

	<p>*โดยให้นำหน้าของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าว 4 มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 0-1 ปกติ</p> <p>ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</p>
<p>คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง</p> <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยแก้ไขปัญหภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p> <p><u>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2565</u></p> <p>1. มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง</p> <p>มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)</p> <p>มาตรการที่ 2 : พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)</p> <p>มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ</p> <p>มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Efficient Management)</p> <p>มาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง</p>

	มาตรการ ขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
	มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงิน อย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	1.1 การประเมินความ พอเพียงที่จะสามารถ จัดบริการได้ของทุก กองทุน* (*ทุกกองทุน หมายถึง 5 กองทุนหลัก ประกอบด้วย 1.หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าUC 2. กองทุนประกันสังคม 3.กองทุนข้าราชการ 4. กองทุนแรงงานต่าง ด้าวและคนต่างด้าว 5.กองทุนบุคคลที่มีปัญหา สถานะและสิทธิ 1.2 การบริหารรายได้และ ค่าใช้จ่ายของหน่วย บริการ	1.1 หน่วยบริการที่มีข้อมูลรายได้ ทุกประเภท มากกว่า ค่าใช้จ่าย กลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการ สังกัด สป.สธ จำนวน 899 แห่ง 1.2 หน่วยบริการเมื่อวิเคราะห์ ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน (Planfin Analysis) ไม่เป็นแผน แบบที่มีความเสี่ยง* (แผนแบบที่ 4, 6, 7)

คำนิยาม (ต่อ)	มาตรการ ขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
	มาตรการที่ 2 : พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)	เกณฑ์การประเมินความ ถูกต้องของการบันทึกบัญชี ตามนโยบายบัญชี ของหน่วย บริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การ ตรวจสอบวิเคราะห์งบการเงิน (เพื่อการบริหาร)* เกณฑ์การ ตรวจสอบกำหนดโดยส่วนกลาง
	มาตรการ 3 : พัฒนาศักยภาพ บริหารด้าน การเงินการคลังแก่ เครือข่ายและ บุคลากร (Network & Capacity Building)	3.1 หลักสูตรสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/ หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/ หัวหน้างานบริหารงานทั่วไป เช่น หลักสูตรดังต่อไปนี้ - นักบัญชีมีอาชีพ / กลยุทธ์การวิเคราะห์งบ การเงินแบบมีอาชีพ / ข้อควรระวังในการจัดทำบัญชี 3.2 หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เช่น หลักสูตรดังต่อไปนี้ - อบรมเชิงปฏิบัติการบัญชี สำหรับผู้บริหาร / เจาะลึก บัญชีบริหารเพื่อการวางแผน และตัดสินใจ / การเสริมสร้าง บทบาทและความเป็นมือ อาชีพด้านการบริหารการเงิน การบัญชีสำหรับองค์กร / การ บริหารความเสี่ยงและกลยุทธ์ ทางการเงิน หน่วยงานที่จัดอบรม เช่น สภาวิชาชีพบัญชีฯ / มหาวิทยาลัย	<u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/ หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/หัวหน้า งานบริหารงานทั่วไป <u>กลุ่มเป้าหมาย :</u> ผู้บริหารการเงิน การคลัง (CFO) รพศ/รพท/รพช. รองผู้อำนวยการด้านบริหาร/ รองนายแพทย์ สสจ.
	มาตรการที่ 4 : สร้างประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ (Efficient Management)	4.1 สนับสนุนการกระจาย อำนาจให้เขตสุขภาพบริหาร จัดการด้านการเงินการคลัง	4.1 เขตสุขภาพบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลังและปรับ เกลี่ยภายในเขตสุขภาพ

		4.2 พัฒนานวัตกรรมการเงิน การคลังของหน่วยบริการใน จัดการด้านประสิทธิภาพ	4.2 เขตมีนวัตกรรมการเงิน การคลัง

คำนิยาม (ต่อ)	มาตรการ ขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย	
	มาตรการ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทาง การเงิน (Monitoring Management)	5.1 การควบคุมกำกับ โดย เปรียบเทียบแผนทางการเงิน กับผลการดำเนินงาน 5.2 การควบคุมกำกับ โดย เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ หน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) 5.3 การควบคุมกำกับด้วย เกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน (Unit cost) 5.4 การเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง	5.1 หน่วยบริการ มีผลต่างของ แผนทางการเงินและผลการ ดำเนินงาน \pm ไม่เกิน ร้อยละ 5 5.2 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินประสิทธิภาพหน่วย บริการ (Total Performance Score : TPS) \geq 10.5 คะแนน (A = ดีมาก, B = ดี) 5.3 หน่วยบริการมีต้นทุนผู้ป่วย นอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกิน ค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่ม ระดับเดียวกัน 5.4 มีระบบระบบคลังข้อมูล (Data Warehouse Software) และ จัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ด้านการเงินการคลัง	
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ระดับ 7 \leq ร้อยละ 4 ระดับ 6 \leq ร้อยละ 8	ระดับ 7 \leq ร้อยละ 4 ระดับ 6 \leq ร้อยละ 6	ระดับ 7 \leq ร้อยละ 4 ระดับ 6 \leq ร้อยละ 6	ระดับ 7 \leq ร้อยละ 4 ระดับ 6 \leq ร้อยละ 4
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ 3. เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานในการสนับสนุนหน่วยบริการ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส			
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	1.ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ 7			

	2.ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 6

ปี 2566:

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

