



# รายละเอียด ตัวชี้วัดด้านสุขภาพจังหวัดตราด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

## คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ของกระทรวงสาธารณสุข ตามกรอบความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแผนปฏิบัติการฉบับนี้ประกอบด้วย 4 เรื่อง คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อถ่ายทอดและสร้างความเข้าใจร่วมกัน ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน ” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดจึงได้จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข จำนวน 161 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดกระทรวง จำนวน 80 ตัว ตัวชี้วัดจังหวัด จำนวน 81 ตัว) เพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณกลุ่มงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มงาน ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ตุลาคม 2565

## สารบัญตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
<b>ประเด็นการพัฒนาที่ ๑</b> เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ		
<b>KRA ที่ 1</b> ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา		
1	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง (KPIT)	1
2	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง (KPIT)	2
3	อัตราป่วยวัณโรคลดลง (KPIT)	3
4	อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงลดลง (KPIT)	4
5	อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (KPIT)	5
6	อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง (KPIT)	6
7	อัตราป่วยโรคจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชลดลง (KPIT)	7
8	ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน (สธ.๑๓)	8
9	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด (สธ.๑๐)	9
10	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (สธ.๒๓) (PA๖)	12
11	อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (สธ.๒๓)	12
12	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (สธ.๑๔)	15
13	อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั้งประเทศ (สธ.๒๔)	16
14	อัตราติดเชื้อ HIV รายใหม่ลดลง จากปีที่ผ่านมา (KPIT)	17
15	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (สธ.11)	18
16	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สธ.11)	19
17	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) (สธ.39) (PA1)	20
18	ร้อยละผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านม (KPIT)	21
19	ร้อยละผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก (KPIT)	22
20	ร้อยละประชากร 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ (KPIT)	23
21	ร้อยละผู้เข้ารับการบำบัดเลิกบุหรี่ (KPIT)	24
22	ร้อยละประชากร 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (KPIT)	25
23	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (สธ.01)	26

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
24	อัตราการคลอดมีชีพผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน(สธ.04)	27
25	ร้อยละ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์(KPIT)	28
26	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและสูงเฉลี่ย5ปี (สธ.02)	29
27	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย (สธ.02) (PA)	31
28	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปีได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก(KPIT)	33
29	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้งพบว่ามีการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น (KPIT)	34
30	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 (สธ.๐๓)	36
31	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (สธ.05)	38
32	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (สธ.06)	40
33	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์* (สธ.06)	42
34	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ(สธ.07)	45
35	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ(สธ.07)	45
36	จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ (สธ.08) (ประเทศ:จำนวน 10 ล้านครอบครัว เขต6: จำนวน 1,404,956 ครอบครัว)	47
37	ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหรือ District Health Board (KPIT)	49
38	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ (KPIT)	51
39	อัตราการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์ (เกณฑ์รอบที่1 ร้อยละ 17) (KPIT)	52
40	อัตราการให้บริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4 – 12 ปี (KPIT)	53
41	อัตราการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ ในกลุ่มเด็กอายุ 6 – 12 ปี (KPIT)	54
42	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (KPIT)	55
<b>KRA ที่ 2</b> ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราการตายด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา		
43	อัตราป่วยตายด้วยไข้เลือดออก (KPIT)	56
44	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (KPIT)	57

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
45	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (KPIT)	58
46	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ(สร.31) (PA11)	59
47	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี(สร.31)	59
<b>KRA ที่ 3</b> ร้อยละความสำเร็จการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี		
48	ร้อยละของสถานประกอบการที่ได้รับการตรวจสอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (KPIT)	62
49	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาต (สร.15)	64
50	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนและการเฝ้าระวังการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพได้รับการจัดการภายในระยะเวลาที่กำหนด (KPIT)	66
51	ศูนย์ OSSC มีระดับความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100) (KPIT)	68
52	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด(KPIT)	71
53	อำเภอมีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์(สร.12)	73
54	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป (สร.17) (PA13)	75
55	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus (สร.17)	75
<b>KRA ที่ 4</b> ร้อยละความสำเร็จการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของภาคีเครือข่าย		
56	ร้อยละของชมรมด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนตำบล(KPIT)	78
57	ร้อยละของเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ใช้งบประมาณจาก อปท.(KPIT)	79
58	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (สร.9)	80
59	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (KPIT)	82
60	ร้อยละของโรงเรียนประเมิน Thai Stop COVID (KPIT)	84
61	ร้อยละของวัดผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ (KPIT)	85
<b>ประเด็นการพัฒนาที่ ๒</b> พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข		
<b>KRA ที่ 5</b> ร้อยละความสำเร็จการผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับหน่วยบริการ		
62	ร้อยละโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (สร.57) (PA8)	86
63	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 4 (สร.57) (PA10)	86
64	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว (สร.58)	88

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
<b>KRA ที่ 6</b> ร้อยละความสำเร็จการผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับตำบล		
65	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562(สธ.๑๙) (PA7)	90
66	จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (สธ.20)	92
67	จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว 3 คน* (KPIT)	94
68	ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สธ.21)	96
<b>KRA ที่ 7</b> ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)สาขาที่จำเป็น		
69	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (สธ.30)	97
70	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง5 อันดับแรกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (สธ.35)	98
71	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง5 อันดับแรกที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (สธ.35)	98
72	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง5 อันดับแรกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา6 สัปดาห์ (สธ.35)	98
73	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr (สธ.36)	100
74	ร้อยละผู้ป่วยDM และ/หรือ HTที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (KPIT)	102
75	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (สธ.37)	103
76	ร้อยละการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ (KPIT)	104
77	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน(triage level 1)ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (สธ.44)	105
78	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สธ.45)	107
79	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ (สธ.46)	108
80	อัตรารายการแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ28 วัน (สธ.27)	110
81	อัตรารายการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired (สธ.32)	111
82	Re fracture Rate (สธ. 33)	114
83	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A,S) (สธ. 38)	117
84	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (สธ.40)	118
85	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (สธ.28)	120

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
86	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (สธ. 41)	123
87	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคหัวใจในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (สธ. 42)	126
<b>KRA ที่ 8</b> ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐาน/นโยบาย Fast Track		
88	อัตราการตาย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(สธ.22) (PA)	127
89	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (สธ.22)	128
90	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (สธ.34) (PA5)	129
91	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (สธ.34)	130
92	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (สธ.34)	130
93	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ (KPIT)	131
94	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (KPIT)	132
<b>KRA ที่ 9</b> ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย RDU		
95	RDU ชั้นที่ 2 (KPIT)	133
96	RDU ชั้นที่ 3 (KPIT)	134
97	ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดไร้ยาเสพติด (RDU province)ตามเกณฑ์ที่กำหนด (สธ.25)	135
98	โรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ผ่านระดับ intermediate ทั้ง 5 กลุ่มกิจกรรมสำคัญ(KPIT)	137
99	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด(สธ.26)	140
<b>KRA ที่ 10</b> ร้อยละความสำเร็จการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรองรับประชาชน		
100	ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ(สธ.43)	142
101	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ(สธ.43)	142
102	ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์(สธ.43)	142
103	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (สธ. 29)	145
104	ร้อยละตำบลที่มีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก(KPIT)	147
105	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทยมีการใช้ 3ส 3อ 1น ในคลินิกโรคไม่ติดต่อ(KPIT)	148
106	ร้อยละของหน่วยบริการมีการสำรวจบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยตาม พรบ.คุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย(KPIT)	149
107	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการสำรวจถิ่นกำเนิดสมุนไพร(KPIT)	150

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
<b>KRA ที่ 11</b> ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข		
108	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการของรพ. (KPIT)	151
109	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของรพ.สต. (KPIT)	152
<b>KRA ที่ 12</b> ร้อยละความสำเร็จการพัฒนานวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข		
110	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด(สธ.64)	153
111	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (สธ.65)	156
112	ร้อยละของอำเภอมีนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 1 รายการ(KPIT)	158
<b>ประเด็นการพัฒนาที่ 3</b> พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ		
<b>KRA 13</b> ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขในพื้นที่พิเศษ		
113	โรงพยาบาลเป้าหมายผ่านการประเมินตามเกณฑ์ SIM ของ กบรส. (KPIT)	160
114	ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด (สธ.47)	162
115	ร้อยละแรงงานต่างด้าวมีหลักประกันสุขภาพ (KPIT)	164
116	ร้อยละโรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์ (KPIT)	165
<b>KRA 14</b> ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศและพื้นที่ชายแดน		
117	ร้อยละของกิจกรรมสาธารณสุขชายแดนในประเทศที่ดำเนินการได้ตามแผน (KPIT)	167
118	ร้อยละของฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพชายแดนที่ได้รับการสุ่มตรวจมีความถูกต้อง (KPIT)	168
119	ร้อยละของกิจกรรมระหว่างประเทศด้านการบริหารจัดการที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (KPIT)	169
120	ร้อยละของกิจกรรมระหว่างประเทศด้านการควบคุมโรคที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (KPIT)	170
121	ร้อยละของกิจกรรมระหว่างประเทศด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (KPIT)	171
122	ร้อยละสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน ผ่านเกณฑ์ Friendly Service (อ.คลองใหญ่ , อ.บ่อไร่) (KPIT)	172
<b>ประเด็นการพัฒนาที่ 4</b> พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล		
<b>KRA 15</b> ร้อยละความสำเร็จการพัฒนามาตรฐานคุณภาพระบบบริหารงานสาธารณสุข		
123	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (สธ.53)	173
124	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลการควบคุมภายใน (สธ.55)	175
125	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์องค์กรคุณธรรม (สสจ./สสอ./รพ.) (KPIT)	176
126	ร้อยละการขับเคลื่อนกิจกรรมได้ตามแผน (KPIT)	177
127	ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณได้ตามแผน (KPIT)	178

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
128	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) (สธ.56)	179
129	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) (สธ.56)	179
<b>KRA 16</b> ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ		
130	ร้อยละของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (สธ.50)	181
131	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา* (สธ.51)	183
132	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน(Happinometer)(สธ.52)	185
133	ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ(สธ.52)	185
<b>KRA 17</b> ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ		
134	ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate) (สธ.61) (PA12)	187
135	ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ (สธ.62)	188
136	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7) (สธ.63)	190
137	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6) (สธ.63)	190
138	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการการเงินการคลังหน่วยบริการ (KPIT)	193
139	หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย	195
140	หน่วยบริการมี Risk Score ของ Planfin ไม่เกินระดับ ๔	196
141	หน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน	198
142	หน่วยบริการ มีค่า CMI ผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	200
143	หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	201
144	ร้อยละของความสำเร็จการเสริมสร้างรายได้แก่หน่วยบริการ (KPIT)	202
145	ร้อยละของเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ใช้งบประมาณจาก อปท. ตามเกณฑ์ที่กำหนด	204
146	หน่วยบริการมีผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕	205
147	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงิน Efficiency Score ไม่น้อยกว่าระดับ C	206
148	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดหารายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	208
149	หน่วยบริการการใช้โปรแกรม Software ในการจัดเก็บรายได้มีประสิทธิภาพ	210
150	ร้อยละความสำเร็จการเฝ้าระวังควบคุมค่าใช้จ่าย (KPIT)	211

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
151	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาร่วมระดับจังหวัด (KPIT)	212
<b>KRA 18</b> ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ		
152	ร้อยละของโรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการระบบงานบริการ (KPIT)	213
153	ร้อยละของหน่วยงาน (สสจ. รพ. สสอ.) มีการนำระบบดิจิทัลมาใช้ ในภารกิจสนับสนุน (Smart Office) อย่างน้อย 5 เรื่อง (KPIT)	216
154	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)(สธ.60)	218
155	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอก (KPIT)	219
156	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรคผู้ป่วยใน (KPIT)	220
157	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอก (ตามกฎ 13 ข้อ) (KPIT)	222
158	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล (สธ.59)	223
159	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเพิ่ม Person มีส่วนต่างเทียบกับทะเบียนราษฎร์ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (KPIT)	225
160	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล เพิ่ม Person มีความซ้ำซ้อนกับหน่วยบริการอื่น ไม่เกินร้อยละ 2 (KPIT)	226
161	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพให้สาเหตุการตาย (KPIT)	227



ประเด็นการพัฒนานาที 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 2	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ในจำนวนประชากร 100,000 คน
ค่าเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยลดลง จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมการระบาดของโรค
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ทุกหมู่บ้านในจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล 506
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ปีปัจจุบัน
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากร ปีปัจจุบัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี - $[(A/B) \times 100,000]$ ช่วงเวลาเดียวกัน
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมินผลรอบที่ 1 ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565 การประเมินผลรอบที่ 2 เมษายน 2565 - กันยายน 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางอภิรดี ศิริเสวกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8614521

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา	
ตัวชี้วัดที่ 3	อัตราป่วยวัณโรคลดลง (KPIT)	
นิยามตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ในจำนวนประชากร 100,000 คน	
ค่าเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยลดลง จากปีที่ผ่านมา	
วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมการระบาดของโรค	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรค ทุกหมู่บ้านในจังหวัดตราด	
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล NTIP	
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ปีปัจจุบัน	
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากร ปีปัจจุบัน	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{อัตราป่วยที่ผ่านมา} - (A/B) \times 100,000)$ ช่วงเวลาเดียวกัน	
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมินผลรอบที่ 1 ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565	
	การประเมินผลรอบที่ 2 เมษายน 2565 - กันยายน 2565	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวฉันททัย คำเพชร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	หมายเลขโทรศัพท์ 086-1422459

ประเด็นการพัฒนานาที 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 4	อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงลดลง (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยจากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข (SBP) ในช่วง 130-139 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ในช่วง 85-89 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณ จากประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่มีระดับ ความดันโลหิต High normal (SBP 130-139 มม.ปรอท และ/หรือ DBP 85-89 มม.ปรอท) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p>
ค่าเป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา
วัตถุประสงค์	เพื่อลดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยจากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข (SBP) ในช่วง 130-139 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ในช่วง 85-89 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณที่ผ่านมา ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปีงบประมาณปัจจุบัน
รายการข้อมูล 2	B=ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยจากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข (SBP) ในช่วง 130-139 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ในช่วง 85-89 mmHg ในเขตรับผิดชอบ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิสาร์ตน์ ภริรมย์ภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานาที 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 5	อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง $\geq 100-125$ mg/dl หรือค่าระดับน้ำตาลโดยไม่อดอาหาร $\geq 140 - 199$ mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง
ค่าเป้าหมาย	< ร้อยละ 1.75
วัตถุประสงค์	เพื่อลดผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิตารัตน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานี้ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา	
ตัวชี้วัดที่ 6	อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง (KPIT)	
นิยามตัวชี้วัด	โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง รหัส I60-I69	
ค่าเป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากร 43 แห่ง type area 1,3	
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิตารัตน์ ภิรมย์ภักดี	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานาที 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 7	อัตราป่วยโรคจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชลดลง (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	การรายงานการเจ็บป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (รหัสโรค T60) หมายถึง เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ รายงานผู้ป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช ในระบบ 43 แพ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ICD10 TM Code T60.0, T60.1, T60.2, T60.3, T60.4, T60.8, T60.9 ซึ่งไม่รวมการตั้งใจทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย) สาเหตุภายนอก คือ X68
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2564 = 7.19 ต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2565 ลดลงจากปี 2564
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนากลไกการเฝ้าระวัง การรายงานข้อมูล และการจัดการปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรในระดับอำเภอ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่มีโอกาสสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุข (รพ./รพ.สต.) ข้อมูลจากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ที่เข้าได้กับนิยามโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรทั้งหมดในจังหวัดตราด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1-4) (ธ.ค.64, มี.ค.65, มิ.ย.65, ก.ย.65)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวสุภาวดี วราชน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงาน ออนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย หมายเลขโทรศัพท์ 089-2528995

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา	
ชื่อตัวชี้วัด 8	ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน	
นิยามตัวชี้วัด	<p>1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก</p> <p>2. จังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น</p> <p>หมายเหตุ : จังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19</p>	
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร	
แหล่งข้อมูล	กรมควบคุมโรค : กองระบาดวิทยา ใช้แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค, โปรแกรม JIT, obreport2020@gmail.com	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.นัฐติยาพร ผากำเนิด	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	หมายเลขโทรศัพท์ 099-2694165

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการลดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 9	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด</b> หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ</p> <p><b>1) มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดย</b></p> <p>1.1 มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards)</p> <p>1.2 ความสำเร็จของจังหวัดในการดำเนินงานและประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019) ซึ่งประกอบด้วย 10 หมวด คือ</p> <p>หมวดที่ 1 : บริบท</p> <p>หมวดที่ 2 : ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน</p> <p>หมวดที่ 3 : กรอบโครงสร้างการทำงาน</p> <p>หมวดที่ 4 : ระบบข้อมูล</p> <p>หมวดที่ 5 : Critical Information</p> <p>หมวดที่ 6 : Incident management and response</p> <p>หมวดที่ 7 : การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย</p> <p>หมวดที่ 8 : การสื่อสารภายใน (หมายถึง การสื่อสารภายในระบบ ICS)</p> <p>หมวดที่ 9 : Coordination and logistical support of field operations</p> <p>หมวดที่ 10 : Training, Exercise and Evaluation</p> <p><b>2) สาธารณภัย</b> หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล</p> <p><b>2.1) ความเสี่ยงสาธารณภัย</b> หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความถึง“โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สินและบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ</p> <p><b>2.2) การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย</b> หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงใน</p>

	<p>ด้านที่เกี่ยวข้องกับภัย ความล่อแหลม และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม</p> <p><b>3) จังหวัดมีความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</b></p> <p><b>3.1 แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) หมายถึง</b> แผนเตรียมความพร้อมองค์กรให้สามารถรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในการป้องกัน ตรวจสอบ และตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติที่เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภารกิจขององค์กร</p> <p><b>3.2 แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) หมายถึง</b> แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะเกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละช่วงเวลาปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p><b>4) การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง</b> ดำเนินการฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดอย่างน้อย 1 ครั้ง พร้อมทั้งมีการทบทวนสรุปบทเรียนที่ได้จากการซ้อมแผนดังกล่าว</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอ ที่ดำเนินการครบ 3 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด 7 อำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) และ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)
วิธีการประเมินผล	ไตรมาสที่ 4
เกณฑ์การประเมินผลปี 2565 :	

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	<p>การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน</p> <p>1.1 โครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards)</p> <p>1.2 จังหวัดประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019)</p>	<p>1.1 ผังโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) และระบุบุคคลและแนวทางการปฏิบัติ (SOP) ของแต่ละกองการกิจ</p> <p>1.2 รายงานผลการประเมินตนเองของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามแบบประเมิน EOC Assessment Tools</p>
2	<p>จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p>	<p>1.แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>2.รายงานการฝึกซ้อมแผนในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>3. สรุปผลการทบทวนแผนฯ</p>
3	<p>จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัด</p>	<p>1.แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่</p> <p>2.รายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>3. สรุปผลการทบทวน□แผนฯ</p>
4	<p>ดำเนินการตามกิจกรรมภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) 5 ประเด็น</p> <p><b>หมายเหตุ :</b> จังหวัดรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก</p> <p><b>ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต :</b> จังหวัดมีแผนและการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in หรือฐานข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือเยียวยาจิตใจเบื้องต้น</p>	<p>รายงานผลการดำเนินงาน ใน 5 ประเด็น ได้แก่</p> <p><b>4.1 ดำเนินการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม : คำสั่งแต่งตั้ง CDCU</b></p> <p><b>4.2 ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน : รายงานผลจากระบบ CO-LAB</b></p> <p><b>4.3 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบันโรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพเดียวกัน มีการร่วมกันดำเนินงานกับหน่วยงานในเขตสุขภาพ โดยรายงานผลการดำเนินงานผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in และฐานข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต</b></p> <p><b>4.4 จังหวัดที่มีการบริหารจัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัด : รายงานจำนวนสถานที่ในการกักกันฯ ที่ผ่านการรับรอง</b></p> <p><b>4.5 ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย : รายงานผลการสำรวจผ่านระบบออนไลน์</b></p>
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.เสาวลักษณ์ ชูบางบ่อ	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 323

ประเด็นการพัฒนาระดับที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 10	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
ตัวชี้วัดที่ 11	อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1 ความสำเร็จของการรักษา</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายร่วมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p><b>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p><b>3 กลุ่มเป้าหมาย</b></p> <p>3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ</p>

	<p>กลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ.2564 - 30 กันยายน พ.ศ.2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p><b>4 หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</b></p> <p>4.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p>4.3 โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) คือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล</p>
ค่าเป้าหมาย	ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละ 88 ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละ 88
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษากรบ</p> <p>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ.2564 - 30 กันยายน พ.ศ.2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
ตัวชี้วัดที่ 10 รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษากรบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565
ตัวชี้วัดที่ 10	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ

รายการข้อมูล 2	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564)
ตัวชี้วัดที่ 11 รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)
ตัวชี้วัดที่ 11 รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2021
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) <input type="checkbox"/> 100
ระยะเวลาประเมินผล	- ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 - ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.ชื่นหทัย คำเพชร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ หมายเลขโทรศัพท์ 086-1422459

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 12	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
นิยามตัวชี้วัด	<p>1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก</p> <p>2. จังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น</p> <p>หมายเหตุ : จังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีความพร้อมรับมือการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ใช้แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค, โปรแกรม JIT, obrepor2020@gmail.com
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวอย่าง (A/B) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 - 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.เสาวลักษณ์ ชูบางบ่อ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ หมายเลขโทรศัพท์ 039-0511011 ต่อ 323

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา	
ตัวชี้วัดที่ 13	อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั้งประเทศ	
นิยามตัวชี้วัด	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก อัตราป่วยตายไม่เกินค่าเป้าหมาย หมายถึง (กรมการแพทย์) อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.55 ซึ่งเป็นข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกในประเทศไทย	
ค่าเป้าหมาย	ต่ำกว่าร้อยละ 1.55	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศ	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาในประเทศไทย	
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (Emergency Operations Center: EOC) กรณี COVID-19	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศ (นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.นัฐติยาพร ผากำเนิด	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	หมายเลขโทรศัพท์ 099-2694165

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา	
ตัวชี้วัดที่ 14	อัตราติดเชื้อ HIV รายใหม่ลดลง จากปีที่ผ่านมา (KPIT)	
นิยามตัวชี้วัด	จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV ในจำนวนประชากร 100,000 คน	
ค่าเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยลดลงร้อยละ ๑๐ จากปีที่ผ่านมา	
วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมการระบาดของโรค	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ติดเชื้อ HIV ทุกหมู่บ้านในจังหวัดตราด	
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล NAP	
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV ปีปัจจุบัน	
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากร ปีปัจจุบัน	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	[(อัตราป่วยปีที่ผ่านมา - อัตราป่วยปีปัจจุบัน) x 100] / อัตราป่วยปีที่ผ่านมา	
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมินผลรอบที่ 1 ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565	
	การประเมินผลรอบที่ 2 เมษายน 2565 - กันยายน 2565	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนัฐติยาพร ผากำเนิด	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	หมายเลขโทรศัพท์ 099-2694165

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 15	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน
นิยามตัวชี้วัด	<p>1. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า <math>\geq 126</math> mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วจากการที่ไม่อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า <math>\geq 200</math> mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน)</p>
ค่าเป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area 3) และPERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิตารัตน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานาที 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 16	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง
นิยามตัวชี้วัด	<p>1. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน *(เอกสารแนบ) หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area 3) และPERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน*
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิตารัตน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 17	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
นิยามตัวชี้วัด	*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับ ความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ของสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข *การดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 60 (Retention Rate ระบบสมัครใจ)
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานะข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ หรือเสียชีวิต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.พรชนก รัตนพิทักษ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานาที 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา	
ตัวชี้วัดที่ 18	ร้อยละผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านม (KPIT)	
นิยามตัวชี้วัด	สตรีอายุ 30-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์	
คำเป้าหมาย	การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) วัดความครอบคลุม(Coverage)ของประชากรที่มีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์	ตรวจคัดกรองและค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนสตรีอายุ 30-70 ปี (ที่อยู่จริง) typearea 1,3 ในจังหวัดตราด	
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ Health Data Center (HDC) จังหวัดตราด	
รายการข้อมูล 1	A=A(BSE) = จำนวนสตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE	
รายการข้อมูล 2	B=B(BSE) = จำนวนสตรีอายุ 30 – 70 ปี ที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวจันทนา กาฬภักดี	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานาที 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา	
ตัวชี้วัดที่ 19	ร้อยละผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก (KPIT)	
นิยามตัวชี้วัด	สตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์	
ค่าเป้าหมาย	การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) วัตถุประสงค์ครอบคลุม(Coverage)ของประชากรที่มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 40	
วัตถุประสงค์	ตรวจคัดกรองและค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี (ที่อยู่จริง) typearea 1,3 ในจังหวัดตราด	
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ Health Data Center (HDC) จังหวัดตราด	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสตรีอายุ 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีอายุ 30 – 60 ปี ทั้งหมดจากปีงบประมาณ 2564	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวจันทนา กาฬภักดี	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา	
ตัวชี้วัดที่ 20	ร้อยละประชากร 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ (KPIT)	
นิยามตัวชี้วัด	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ หมายถึงประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามแบบคัดกรองการสูบบุหรี่	
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 50	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ การบำบัดบุหรี่	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ (type area 1 , 3)	
แหล่งข้อมูล	รายงานฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ( Special pp )	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวมยุรี สงวนหงษ์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา	
ตัวชี้วัดที่ 21	ร้อยละผู้เข้ารับการบำบัดเลิกสูบบุหรี่ (KPIT)	
นิยามตัวชี้วัด	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ ได้รับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่	
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 70	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ การบำบัดบุหรี่	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ (type area 1 , 3)	
แหล่งข้อมูล	รายงานฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ( Special pp )	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ ได้รับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ตามรหัส Special PP (1 B530 + 1 B531 + 1 B532)	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ตามรหัส Special PP (1 B50)	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวมยุรี สงวนหงษ์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานาที 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัดที่ 22	ร้อยละประชากร 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หมายถึง วัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้ เช่น สุรา เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ ฯลฯ
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ การบำบัดสุรา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ (type area 1 , 3)
แหล่งข้อมูล	รายงานฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ( Special pp )
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวมยุรี สงวนหงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานี้ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ชื่อตัวชี้วัด 23	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
นิยามตัวชี้วัด	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์ และคลอดหรือการดูแลรักษา ขณะตั้งครรภ์รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ค่าเป้าหมาย	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</li> <li>เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางอรพินท์ กันประดับ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงาน กลุ่มงานส่งเสริมฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-2952171



ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 25	ร้อยละ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์(KPII)
นิยามตัวชี้วัด	บริการฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง ได้รับการดูแลก่อนคลอด จำนวน 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ ดังนี้ ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - < 20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - < 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - < 32 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์
ค่าเป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	1.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 2.จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center
รายการข้อมูล 1	A=หญิงคลอดที่ได้รับการฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B=หญิงไทยที่มาคลอดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางอรพินท์ กั้นประดับ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 081-2952171

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 26	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
นิยามตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</li> <li>- สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ <math>-1.5</math> SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</li> <li>- สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง <math>+1.5</math> SD ถึง <math>-1.5</math> SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</li> <li>- สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน</li> <li>- ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็ก เพศหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</li> </ul>
ค่าเป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 64
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อส่งเสริม เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี</li> <li>2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิก ฝากครรภ์ (ANC) คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาล</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี)</li> <li>2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</li> <li>3) โรงเรียนระดับอนุบาล</li> <li>4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง

รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ซั้งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงดีสมส่วน = $(A1 / B1) \times 100$ 2) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B2)$ ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B3)$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางอรพินท์ กันประดับ      ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานส่งเสริมฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 081-2952171

ประเด็นการพัฒนาที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 27	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>เด็กปฐมวัย</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- <b>พัฒนาการสมวัย</b> หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)</p> <p><b>คำนิยามเพิ่มเติม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>การคัดกรองพัฒนาการ</b> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</li> <li>• <b>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</li> <li>• <b>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2</li> <li>• <b>เด็กพัฒนาการล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1□20□, 1B212, 1B□22, 1B232, 1B242)</li> </ul>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</li> <li>2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</li> <li>3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ

	(Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางอรพินท์ กันประดับ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานส่งเสริมฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-2952171

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 28	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปีได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก(KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง ยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของ elemental iron 60 มิลลิกรัมต่อเม็ด เด็กอายุ 6-12 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุ 6 ถึง 12 ปีบริบูรณ์ทุกราย
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เด็กอายุ 6-12 ปีทุกคนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-12 ปี
แหล่งข้อมูล	โรงเรียน / รพ.สต. / PCU / รพ. และฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปีที่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปีทั้งหมดที่ซึ้งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง จากแฟ้ม Nutrition (ไม่ใช่กลุ่มเด็กป่วย)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวพิรญาณ์ นองเนือง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 096-9461466

ประเด็นการพัฒนาที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 29	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น(KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า</b> หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีความล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป</p> <p><b>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า</b> หมายถึง เด็กปฐมวัย ทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีความล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป</p> <p><b>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</b> หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Developmental Skill Inventory : DSI ), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย) เป็นต้น</p> <p><b>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</b> หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีความล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี (Developmental Skill Inventory : DSI ), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็ก</p>

	<p>แรกเกิด-5 ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย) เป็นต้น ภายในระยะเวลา 3 เดือน แล้วกลับมาพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง 5 ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)</p> <p><b>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์</b> หมายถึง เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า ได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี (Developmental Skill Inventory : DSI) คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย) เป็นต้น และมีการนัดมาดูแลต่อเนื่องภายในระยะเวลา 3 เดือน (90วัน) โดยครั้งสุดท้ายของการมารับบริการต้องอยู่ในช่วงระหว่างวันที่ 60 - 90 ตาม Timeline ที่กำหนด</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยและติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป
แหล่งข้อมูล	สถาบันราชานุกูล กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นแล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ พรชนก รัตนพิทักษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาระดับที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 30	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>เด็กไทย</b> 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><b>ความฉลาดทางสติปัญญา</b> หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version)(1998; update 2013)</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน</b> หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด [ในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (1998; update 2013)] โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากลปัจจุบันที่ค่า = 100</p>
ค่าเป้าหมาย	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1ปี 2563</li> <li>2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับสติปัญญา และนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 เทอมปลาย และประถมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 เทอมต้น ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)×100	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 5 ปี	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.พรชนก รัตนพิทักษ์	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 31	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</b> หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p><b>2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)</b> หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือ ทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง</p> <p><b>3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์</b> หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบ กิจกรรมประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกสัปดาห์ รอบ 9 เดือน และ 12 เดือน</li> <li>- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)</li> </ul> <p>**** โดยการประเมินผ่าน <b>Blue Book Application กรมอนามัย</b></p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 90 (ทั่วประเทศ)
วัตถุประสงค์	เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL &lt; 11 ทุกสิทธิ์การรักษา</li> <li>2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL &lt; 11 ทุกสิทธิ์การรักษา</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blue Book Application กรมอนามัย</li> <li>- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย</li> <li>- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- DOH Dashboard กรมอนามัย</li> </ul> <p>หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัยและระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวพิรญาณ์ นองเนื่อง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 096-9461466

ประเด็นการพัฒนาที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 32	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
นิยามตัวชี้วัด	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL <math>\geq</math> 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"> <li>1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม 150 นาที/สัปดาห์</li> <li>2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์)</li> <li>3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว</li> <li>4. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่</li> <li>5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า)</li> <li>6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรับประทานยาต่อเนื่อง)</li> <li>7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง</li> <li>8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก</li> </ol> <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</li> <li>2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยานและการท่องเที่ยว(ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 –2573)</li> <li>3. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์)</li> <li>4. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561</li> </ol>
ค่าเป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 50

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง</li> <li>2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น</li> <li>3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะ ในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม</li> <li>4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL $\geq$ 12 คะแนน ร้อยละ 10 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของพื้นที่
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) สมุดสุขภาพประชาชน</li> <li>2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ ,สำนักอนามัย (กรณีพื้นที่ กทม.) และกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต</li> <li>3. ศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง และศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 – 13</li> <li>4. ระบบการให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For you (H4U)</li> <li>5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	พฤศจิกายน 2564 – กรกฎาคม 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวพิรญาณ์ นองเนื่อง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 096-9461466

ประเด็นการพัฒนาที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 33	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care ) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</b> หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p><b>2. องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์</b> หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้</p> <p>องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตาม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน</li> <li>- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)</li> </ul> <p>องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหา ด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพ รายบุคคล (Care Plan)</p> <p>องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิง ป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ</li> <li>- มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาด และควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล</li> <li>- มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขโรค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มี ภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น</li> </ul> <p>องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ ทีมสหวิชาชีพ/ หมอครอบครัว/ Caregiver/ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำ</p>

	<p>ผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตาม แผนการส่งเสริมดูแล สุขภาพรายบุคคล (Care Plan)</p> <p>องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของ การเปลี่ยนกลุ่มจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน</li> <li>- กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม</li> </ul> <p>องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /และการจัดทำ Care Plan</li> <li>- ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่ /พื้นที่ที่ทำการ ประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ภายใน ระยะเวลา 3 ปี</li> </ul>
<b>ค่าเป้าหมาย</b>	ร้อยละ 98(ทั่วประเทศ)
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>เพื่อดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งของ ภาควิชาเครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั่วประเทศ
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>Blue Book Application กรมอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย</li> <li>- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- DOH Dashboard กรมอนามัย</li> </ul> <p>หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>
<b>รายการข้อมูล 1</b>	<p>A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565</p> <p>B = จำนวนตำบลใหม่ที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565</p> <p>C = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2559 – 2564</p> <p>D = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ใน ปีงบประมาณ 2565</p>
<b>รายการข้อมูล 2</b>	E = จำนวนตำบลทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/E) \times 100$ หมายเหตุ A = ( B+C+D ) /100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.พิชญ์ นองเนื่อง                      ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมฯ                              หมายเลขโทรศัพท์ 096-9461466

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 34	-ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
ตัวชี้วัด 35	-ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>คลินิกผู้สูงอายุ</b> หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p><b>กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes)</b> หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2)</p> <p><b>การดูแลรักษา</b> หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะ พลัดตกหกล้ม</p> <p><b>จำนวนโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป</b> มีทั้งหมด 211 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p><b>จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560</b> มีจำนวน 11,312,447 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)</p>
ค่าเป้าหมาย	ภาวะสมองเสื่อม $\geq$ ร้อยละ 30    ภาวะพลัดตกหกล้ม $\geq$ ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ</li> <li>2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website <a href="http://agingthai.dms.moph.go.th">http://agingthai.dms.moph.go.th</a> )
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$ -ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อน.ส.พิรญาณ์ นองเนื่อง	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานส่งเสริมฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 096-9461466

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 36	จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ
นิยามตัวชี้วัด	<p>1. การดำเนินการความรอบรู้สุขภาพ สำหรับปี 2565 ทำในขอบเขตของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “สุขภาพดีวิถีใหม่ 3อ.”</p> <p>2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง Digital Health literacy ซึ่งเป็นการบริหารจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบุคคลรอบรู้หมายถึงบุคคลจะต้องมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <p>2.1 เข้าถึง ด้วยการ register เข้าสู่ Health book online เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการความรู้ไว้เป็นอย่างดีแล้ว</p> <p>2.2 เข้าใจ ด้วยการ screening &amp; 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 &amp; 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, สวไทยแก้มแดง, ไอโอติน, Food4Health ฯลฯ</p> <p>5. บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนผ่านระบบ Application</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของเป้าหมายจังหวัด
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้วย Digital Health literacy ให้ประชาชนสุขภาพดีด้วย 3อ. ด้วยตนเองหรือคนในครอบครัวที่สามารถใช้เครื่องมือออนไลน์เป็น</p> <p>2. เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่จากการให้บริการสร้างความรอบรู้แบบเดิม รวมถึงการลดภาระเรื่องการรายงาน เนื่องจาก platform สามารถออกรายงานจำนวนคนรอบรู้เป็นอัตโนมัติรายจังหวัดและอำเภอ</p> <p>3. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ซึ่งเป็นปัญหาในระดับประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่ายไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน</p> <p>4. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนในระยะยาว</p>



ประเด็นการพัฒนาที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 37	ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหรือ District Health Board (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ</p> <p>องค์ประกอบที่ 1 การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ คือ การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และบริการทันตกรรมพื้นฐานทั้งในสถานบริการสุขภาพ และนอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก</li> <li>1.2 บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control</li> <li>1.3 การให้บริการทันตกรรม เช่น ดูดหินน้ำลาย, อุดฟัน เป็นต้น</li> </ol> </li> <li>2. คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WBC) <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 การตรวจช่องปากอย่างน้อยร้อยละ 50</li> <li>2.2 การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ</li> <li>2.3 การทาฟลูออไรด์วานิชให้เด็กในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี</li> </ol> </li> <li>3. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยร้อยละ 50</li> <li>3.2 การทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> <li>3.3 การให้บริการทันตกรรมในเด็กอายุ 3 – 5 ปี</li> </ol> </li> <li>4. โรงเรียนประถมศึกษา <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 6 – 12 ปี</li> <li>4.2 การเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ในเด็กอายุ 6 ปี</li> <li>4.3 การให้บริการทันตกรรมในเด็กอายุ 6 – 12 ปี อย่างน้อยร้อยละ 50</li> </ol> </li> <li>5. กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน</li> </ol> </li> <li>6. กลุ่มผู้สูงอายุ <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ</li> </ol> </li> </ol> <p>องค์ประกอบที่ 2 ให้สถานบริการสุขภาพและจังหวัด ร่วมกันกำหนดโครงการสำหรับกลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้มีผลต่อเป้าหมาย 20 ปี เรื่องผู้สูงอายุมีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 24</p>

	ซี เช่น ให้มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในวัยทำงาน (ในคลินิก NCD/DM) มีโครงการด้านส่งเสริมป้องกันและรักษาทางทันตกรรม ในกลุ่มเป้าหมาย (แรงงานในสถานประกอบการ/อสม./จนท.สาธารณสุข/กลุ่มแม่บ้าน) การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Board คือมีแผนสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม.ที่เชื่อมโยง Primary care cluster
ค่าเป้าหมาย	รอบที่ 1 ร้อยละ 20 รอบที่ 2 ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนอำเภอทั้งหมดจากระบบ HDC
แหล่งข้อมูล	ระบบ HDC
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (องค์ประกอบที่ 1) ไม่น้อยกว่า (รอบที่ 1 ร้อยละ 20) (รอบที่ 2 ร้อยละ 40) ของ รพ.สต./ศสม.ที่มีในอำเภอ
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวณภัสภรณ์ วิรุศม์ธนขพร ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข หมายเลขโทรศัพท์ 063-5622893

ประเด็นการพัฒนาคี่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA คี่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 38	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกัน บริการรักษาทันตกรรมพื้นฐาน บริการทันตกรรมเฉพาะทางและบริการฟื้นฟูสภาพช่องปากทั้งในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชนของประชาชนในพื้นที่
ค่าเป้าหมาย	รอบที่ 1 ร้อยละ 15 รอบที่ 2 ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่ทั้งหมด
แหล่งข้อมูล	ระบบ HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคนใหม่ที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากในรอบปี (คนต่อสถานบริการ) จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการ -> ทันตกรรม (บริการ) -> ข้อ 1. ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรมรวมทุกสิทธิ (คนต่อสถานบริการ)
รายการข้อมูล 2	B = จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ข้อ 1. OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ B (ประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด(คน))
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวณภัศรณี วิรุศม์ธนัษพร ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข หมายเลขโทรศัพท์ 063-5622893

ประเด็นการพัฒนานี้ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 39	อัตราการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์ (KPII)
นิยามตัวชี้วัด	<p>การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน หมายถึง การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน รวมถึงการขูดหินน้ำลาย ซึ่งอาจจะเป็นการให้บริการในครั้งเดียวกัน หรือการนัดหมายมาทำความสะอาดฟันภายหลัง</p> <p>หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการในระหว่างที่ตั้งครรภ์</p> <p>ทันตบุคลากร หมายถึง ทันตแพทย์หรือทันตภิบาล</p>
ค่าเป้าหมาย	รอบที่ 1 ร้อยละ 10 รอบที่ 2 ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบ HDC
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน โดยทันตบุคลากร</p> <p>จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -&gt; ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -&gt; ข้อ 19.1 OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -&gt; คอลัมน์ A จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดช่องปาก</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในปีงบประมาณ</p> <p>จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -&gt; ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -&gt; ข้อ 19.1 OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -&gt; คอลัมน์ B หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ สะสมในปีงบประมาณของเขตพื้นที่รับผิดชอบ</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวณภัศรณ วิรุศม์ธนัชพร ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข หมายเลขโทรศัพท์ 063-5622893

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 40	อัตราการให้บริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4 – 12 ปี (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ หมายถึง การใช้ฟลูออไรด์วานิชเฉพาะที่และการอมฟลูออไรด์เด็กอายุ 4 – 12 ปี หมายถึง เด็กอายุ 4 – 12 ปี 11 เดือน 29 วัน
ค่าเป้าหมาย	รอบที่ 1 ร้อยละ 25 รอบที่ 2 ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4 – 12 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กอายุ 4 – 12 ปี
แหล่งข้อมูล	ระบบ HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 4 – 12 ปี ได้รับการบริการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Server Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ข้อ 19.2 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 4 – 12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A จำนวนเด็กอายุ 4 – 12 ปี ได้รับการบริการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนเด็กอายุ 4 – 12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ข้อ 19.2 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 4 – 12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ B จำนวนเด็กอายุ 4 – 12 ปี ทุกสิทธิในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวณภัสภรณ์ วิรุศม์ธนัชพร ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข หมายเลขโทรศัพท์ 063-5622893

ประเด็นการพัฒนานที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 41	อัตราการให้บริการเคลื่อนหุ้มร่องฟันแท้ ในกลุ่มเด็กอายุ 6 – 12 ปี (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	เคลื่อนหุ้มร่องฟันกรามแท้ หมายถึง การเคลื่อนหุ้มร่องฟันกรามแท้ ซึ่ง 16,17,26,27,36,46,47 เด็กอายุ 6 – 12 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 – 12 ปี 11 เดือน 29 วัน
ค่าเป้าหมาย	รอบที่ 1 ร้อยละ 10 รอบที่ 2 ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการเคลื่อนหุ้มร่องฟันแท้ ในกลุ่มเด็กอายุ 6 – 12 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กอายุ 6 – 12 ปี
แหล่งข้อมูล	ระบบ HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการเคลื่อน/ทา ฟลูออไรด์ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Server Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ข้อ 19.3 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการเคลื่อนหุ้มร่องฟันกรามแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A จำนวนเด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการเคลื่อนหุ้มร่องฟันกรามแท้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 6 – 12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ข้อ 19.3 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการเคลื่อนหุ้มร่องฟันกรามแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ B จำนวนเด็กอายุ 6- 12 ปี ทุกสิทธิในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวณภัศรณี วิรุศม์ธนัชพร ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข หมายเลขโทรศัพท์ 063-5622893

ประเด็นการพัฒนานี้ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 1	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 42	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
ค่าเป้าหมาย	รอบที่ 1 ร้อยละ 10 รอบที่ 2 ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
แหล่งข้อมูล	ระบบ HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Server Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ข้อ 17.14 OHSP ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการได้ตรวจทั้งปาก+วางแผน ที่ลงเพิ่ม dental
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ข้อ 17.14 OHSP ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ B จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวณภัศรณัฐ วิรุศม์ธนัชพร ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข หมายเลขโทรศัพท์ 063-5622893

ประเด็นการพัฒนานี้1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 2	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราการตายด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 43	อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออก (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ในจำนวนประชากร 100,000 คน
ค่าเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลง ร้อยละ 2 จากปีที่ผ่านมา
วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมการระบาดของโรค ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกหมู่บ้านในจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล 506
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกปีปัจจุบัน
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกปีปัจจุบัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$[(\text{อัตราป่วยตายปีที่ผ่านมา} - \text{อัตราป่วยตายปีปัจจุบัน}) \times 100] / \text{อัตราป่วยตายปีที่ผ่านมา}$
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมินผลรอบที่ 1 ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565 การประเมินผลรอบที่ 2 เมษายน 2565 - กันยายน 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวพิชญา สุทธิวารีย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ หมายเลขโทรศัพท์ 089-0803819

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 2	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราการตายด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 44	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจากรถทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงช็อกกลับไปตายที่บ้าน
ค่าเป้าหมาย	ไม่เกิน 35.01 ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ
แหล่งข้อมูล	จากระบบบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน ได้แก่ ข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูลจากระบบ POLIS ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และข้อมูลจากระบบ e-claim ของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน(V01-V89) ทั้งหมดปีงบประมาณปัจจุบัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2565
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางปณัสชดา เพียรหล้า <span style="float: right;">ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</span>
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ <span style="float: right;">หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382</span>

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 2	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราการตายด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 45	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้น ที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ
ค่าเป้าหมาย	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี น้อยกว่า 4.5 ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวมยุรี สงวนหงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 2	ร้อยละความสำเร็จการลดอัตราการตายด้วยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา
ตัวชี้วัด 46	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ตัวชี้วัด 47	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>การฆ่าตัวตายสำเร็จ</b> คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจ และเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ</p> <p><b>พยายามฆ่าตัวตาย</b> หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 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><b>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ</b> หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 64 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้งในช่วงเวลาภายใน 1 ปี</p> <p><b>ระยะเวลา 1 ปี</b> หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป 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 แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ต่อไป ไม่นับว่าเป็น การทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</p> <p><b>เข้าถึงบริการ</b> หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของ</p>

	ประเทศไทยและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหวม Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่ง ครั้ง ภายใน 15 - 30 วัน
ค่าเป้าหมาย	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 8.0$ ต่อประชากรแสนคน ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี $\geq$ ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา วิธีการ เมื่อนำมา เปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดที่บ่งบอกถึง ขนาด ระดับความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายของ ประชาชนในแต่ละพื้นที่ และเป็นข้อมูลที่จะถูกนำมาใช้ในการกำหนดมาตรการและ แนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องไปกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ภูมิภาคและประเทศ 3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ ติดตาม และเฝ้าระวัง ความเปลี่ยนแปลงของ สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และเตรียมความพร้อมต่อการรับมือกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย : ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ เป้าหมายย่อย : ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรง มาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 เพื่อ มุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการ ทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตาม แนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ อีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565)
แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย : ทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย เป้าหมายย่อย : หน่วยบริการสาธารณสุข
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	- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $(A/B) \times 100,000$

	- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (C/D) x <input type="checkbox"/> 100
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ : ไตรมาส 4 - ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4
<b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<b>ชื่อ</b> น.ส.พรชนก รัตนพิทักษ์ <b>ตำแหน่ง</b> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	<b>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ</b> <b>หมายเลขโทรศัพท์</b> 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 3	ร้อยละความสำเร็จการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด 48	ร้อยละของสถานประกอบการที่ได้รับการตรวจสอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>“สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ” หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท หมายถึง สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทเพื่อจำหน่ายที่ได้รับอนุญาตในจังหวัดตราด <ul style="list-style-type: none"> <li>-การตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด หมายถึง ได้รับการตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP</li> </ul> </li> <li>2.สถานที่ผลิตน้ำแข็ง หมายถึง สถานที่ผลิตน้ำแข็งเพื่อจำหน่ายที่ได้รับการอนุญาตในจังหวัดตราด <ul style="list-style-type: none"> <li>-การตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด หมายถึง ได้รับการตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP</li> </ul> </li> <li>3.สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย GMP หมายถึง สถานที่ผลิตอาหารทั่วไปที่เข้าข่าย GMP (ยกเว้นน้ำดื่มและน้ำแข็ง) เพื่อจำหน่ายที่ได้รับการอนุญาตในจังหวัดตราด <ul style="list-style-type: none"> <li>-การตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด หมายถึง ได้รับการตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP</li> </ul> </li> <li>4.ร้านขายยา หมายถึง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) <ul style="list-style-type: none"> <li>-การตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด หมายถึง ได้รับการตรวจสอบตามเกณฑ์ GPP คือ หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ตรงตามข้อกำหนดตามประกาศฯ เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1)</li> </ul> </li> <li>5.สถานที่ผลิต/นำเข้า เครื่องสำอาง หมายถึง สถานที่ดำเนินการเกี่ยวกับการผลิต/นำเข้า เครื่องสำอางที่ได้ขออนุญาตผลิต/นำเข้า เครื่องสำอางตามฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด <ul style="list-style-type: none"> <li>-การตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด หมายถึง ได้รับการตรวจสอบตามแบบตรวจประเมินสถานที่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตหรือสถานที่นำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ.2561</li> </ul> </li> </ol>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคุณภาพมาตรฐาน และผู้บริโภคได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้ง 7 อำเภอ
แหล่งข้อมูล	แบบตรวจของสถานประกอบการ

รายการข้อมูล 1	A คือ จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการตรวจสอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูล 2	B คือ จำนวนสถานประกอบการที่ดำเนินการตรวจสอบทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ชื่อ นายอานนท์ ควนวิไล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ	ตำแหน่ง เกษีษกรชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 092-6175984
	2.ชื่อ นาดินันท์ อุสมัน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ	ตำแหน่ง เกษีษกรปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ 080-6066746

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 3	ร้อยละความสำเร็จการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด 49	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาต
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง</b></p> <p><b>1. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid – 19 ได้แก่</b></p> <p>1.1 <b>เครื่องมือแพทย์ :</b> 1) หน้ากากอนามัย (Surgical gown) 2) หน้ากาก N95 (N95 respirator) 3) เสื้อกาวน์ทางการแพทย์ (Isolation gown/surgical gown) 4) ชุดคลุมปฏิบัติการทางการแพทย์ (Coverall) 5) หมวกคลุมผม (Hair cover) 6) หมวกคลุมศีรษะ (Hood cover) 7) แว่นตา (Goggles) 8) ที่บังหน้า (Face shield) 9) ที่คลุมขา (Leg cover) 10) อุปกรณ์ปกป้องทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ (PAPR) 11) เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse oximeter) 12) เครื่องฆ่าเชื้อเครื่องมือแพทย์ด้วย UVC (UVC sterilizer) 13) อุปกรณ์วัดไข้ (Thermometer) 14) ไม้พันสำลี (Nasopharyngeal swab/nasal swab) 15) ที่เก็บตัวอย่างเชื้อ โควิด-19 (COVID-19 related specimen) 16) อุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยความดันลบ (Negative pressure isolation chamber) 17) เครื่องให้ออกซิเจนด้วยอัตราการไหลสูง (High flow nasal cannula oxygen: HFNC) 18) กระบอกฉีดยา (Syringe) 19) กระบอกฉีดยาพร้อมเข็ม (Syringe with needle) และ 20) เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) หรือ เครื่องมือแพทย์อื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19</p> <p><b>(สามารถเลือกรายการอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้)</b></p> <p>1.2 <b>เครื่องสำอาง :</b> แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ</p> <p>1.3 <b>วัตถุอันตราย :</b> ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด</p> <p>1.4 <b>ผลิตภัณฑ์สมุนไพร :</b> ฟ้าทะลายโจร</p> <p><b>2. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง ได้แก่</b> อาหาร วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร</p> <p><b>ผู้ประกอบการ</b> หมายถึง ผู้ที่มีศักยภาพ ความพร้อม และประสงค์ที่จะประกอบการผลิต</p> <p>(ตาม พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ต้องการเพิ่มรายการผลิตภัณฑ์ฯ ได้แก่ อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และ วัตถุเสพติด ทั้งนี้ ให้รวมถึงผู้ที่มีคุณสมบัติตาม พ.ร.บ.</p>

	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ</p> <p><b>ส่งเสริมให้สามารถได้รับการอนุญาต</b> หมายถึง ได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำให้ ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่างๆ แก่ ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับการอนุญาตจาก ออ.หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)</p> <p><b>อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ต่อเขตสุขภาพ</b> หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการส่งเสริม/พัฒนา จนสามารถได้รับอนุญาตเป็นผลสำเร็จ โดยมีเป้าหมาย อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ต่อเขตสุขภาพ เช่น เขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด แสดงว่า ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย (Covid – 19 หรือ กัญชา กัญขง) ต้อง ได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาตอย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ (อย่างไรอย่าง หนึ่งก็ได้)</p>
<b>ค่าเป้าหมาย</b>	อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ต่อเขตสุขภาพ
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับอนุญาตตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการดังกล่าว
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย (ผลิตภัณฑ์ Covid – 19 หรือ ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญขง) ในพื้นที่ 12 เขตสุขภาพ
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการได้รับ อนุญาต
<b>รายการข้อมูล 2</b>	-
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	A
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	6, 9 และ 12 เดือน
<b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<b>ชื่อ</b> น.ส.พิณชฎาภรณ์ เกตุแก้ว <b>ตำแหน่ง</b> เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน
	<b>กลุ่มงาน</b> คุ้มครองผู้บริโภคฯ <b>หมายเลขโทรศัพท์</b> 089-6040601

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 3	ร้อยละความสำเร็จการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด 50	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนและการเฝ้าระวังการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพได้รับการจัดการภายในระยะเวลาที่กำหนด (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1.เรื่องร้องเรียนของผู้บริโภค</b> หมายถึง ข้อร้องเรียนจากผู้บริโภคหรือผู้รับบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับบริการด้านสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในด้านความไม่ปลอดภัย ความได้รับความเสียหายจากบริการ หรือได้รับผลกระทบด้านอื่นๆ(ในที่นี้ นับรวมเรื่องที่ระบุและไม่ระบุชื่อผู้ร้องเรียนด้วย)</p> <p><b>2.ผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำกับดูแล 6 ประเภท ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย(ที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางการสาธารณสุข) วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท</p> <p><b>3.ผู้รับบริการด้านสุขภาพ</b> หมายถึง ประชาชน/บุคคล/องค์กรที่เป็นผู้รับบริการด้านบริการสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพ สถานพยาบาลภาคเอกชนหรือบุคคลผู้ประกอบโรคศิลปะ</p> <p><b>4.โฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ</b> หมายถึง โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำกับดูแล 6 ประเภท ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย(ที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางการสาธารณสุข) วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และบริการสุขภาพที่อยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p><b>5.ได้รับการจัดการภายในระยะเวลาที่กำหนด</b> หมายถึง การดำเนินการจัดการปัญหาเรื่องร้องเรียนตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับผิดชอบ ตามกำหนดเวลา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีเป็นเรื่องที่ไม่ได้อยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ส่งเรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ภายใน 15 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับเรื่อง</li> <li>- กรณีเป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน และรายงานสรุปผลการดำเนินงานต่อผู้บังคับบัญชาพร้อมทั้งแจ้งผู้ร้องเรียนทราบ ภายใน 30 วัน ทำการ นับแต่วันที่ได้รับเรื่อง</li> </ul>
ค่าเป้าหมาย	≥ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	<p>1.เป็นการเฝ้าระวังการกระทำผิดอันทำให้ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจผิด หรือเกิดความเสียหาย</p> <p>2.เป็นการตรวจสอบ ควบคุม เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมาย</p>

	3.ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมายที่ได้รับการจัดการตามกฎหมาย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ผลการดำเนินงานของทุก คปสอ.
รายการข้อมูล 1	A คือ เรื่องร้องเรียนและโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ได้รับการจัดการภายในระยะเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B คือ เรื่องร้องเรียนและโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อนางสาวพินชฎาภรณ์ เกตุแก้ว      ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 089-6040601

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 3	ร้อยละความสำเร็จการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด 51	ศูนย์ OSSC มีระดับความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนด (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>“ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (OSSC) มีระดับความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนด” หมายถึง ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (OSSC) มีระดับความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนดตาม PI ดังต่อไปนี้</p> <p>PI 1 ร้อยละ 100 ของการดำเนินการรับคำขอและหรือพิจารณาอนุญาตผ่านระบบ SKYNET ครบทุกกระบวนการ(ตามที่ สสจ.ตราดได้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการจาก อย.)</p> <p>PI 2 ร้อยละ 100 ของการพิจารณาคำขอ สบ.7 แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>PI 3 ร้อยละ 100 ของระดับความสำเร็จการบริหารจัดการ Smart Counter อยู่ในระดับ 5 (จังหวัดบรรลุตั้งแต่ 3 ใน 6 องค์กรประกอบขึ้นไป องค์กรประกอบใดก็ได้)</p> <p><b>คำนิยาม</b></p> <p><b>PI 1</b></p> <p>-การพิจารณาอนุญาต หมายถึง การพิจารณาคำขอ การตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร การประเมินเอกสารทางวิชาการ การตรวจสถานประกอบการ หรือการตรวจสอบ เพื่อออกหนังสือรับรองใบอนุญาต ใบรับจดทะเบียน ใบแจ้งรายละเอียด ใบแจ้งรายการละเอียด ใบสำคัญการขึ้นทะเบียน หรือใบรับรองการประเมิน ตลอดจนการพิจารณาใดๆเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยการนี้</p> <p>-ระบบ SKYNET หมายถึง ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการปฏิบัติงานด้านการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการปฏิบัติงานด้านต่างๆตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด</p> <p>-เป้าหมายระดับ 5 หมายถึง ดำเนินการรับคำขอและหรือพิจารณาอนุญาตผ่านระบบSKYNET ได้ครบทุกกระบวนการ (ร้อยละ 100 )</p> <p>-เป้าหมายระดับ 4 หมายถึง ดำเนินการรับคำขอและหรือพิจารณาอนุญาตผ่านระบบSKYNET ได้ไม่ครบทุกกระบวนการ ได้ร้อยละ 90 - 99</p> <p>-เป้าหมายระดับ 3 หมายถึง ดำเนินการรับคำขอและหรือพิจารณาอนุญาตผ่านระบบSKYNET ได้ไม่ครบทุกกระบวนการ ได้ร้อยละ 80 - 89</p> <p>-เป้าหมายระดับ 2 หมายถึง ดำเนินการรับคำขอและหรือพิจารณาอนุญาตผ่านระบบSKYNET ได้ไม่ครบทุกกระบวนการ ได้ร้อยละ 70 - 79</p> <p>-เป้าหมายระดับ 1 หมายถึง ดำเนินการรับคำขอและหรือพิจารณาอนุญาตผ่านระบบSKYNET ได้ไม่ครบทุกกระบวนการ ได้ร้อยละ 60 - 69</p>

	<p><b>PI 2</b></p> <p>-<b>คำขอ สบ.7 หมายถึง</b> การยื่นคำขอจดทะเบียนอาหาร/แจ้งรายละเอียดอาหาร ได้แก่ อาหารประเภทอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก อาหารควบคุมเฉพาะ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร รอยัลเยลลี่และผลิตภัณฑ์รอยัลเยลลี่ นมโค นมปรุงแต่ง นมเปรี้ยว ผลิตภัณฑ์นม ไอศกรีม เครื่องดื่มในภาชนะที่ปิดสนิท อาหารในภาชนะที่ปิดสนิท อาหารวัตถุประสงค์พิเศษ กาแฟผสม กาแฟสำเร็จรูป และเครื่องดื่มเกลือแร่</p> <p>-<b>เป้าหมายระดับ 5 หมายถึง</b> ดำเนินการพิจารณาคำขอ สบ.7 แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ร้อยละ 100</p> <p>-<b>เป้าหมายระดับ 4 หมายถึง</b> ดำเนินการพิจารณาคำขอ สบ.7 แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ร้อยละ 90 - 99</p> <p>-<b>เป้าหมายระดับ 3 หมายถึง</b> ดำเนินการพิจารณาคำขอ สบ.7 แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ร้อยละ 80 - 89</p> <p>-<b>เป้าหมายระดับ 2 หมายถึง</b> ดำเนินการพิจารณาคำขอ สบ.7 แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ร้อยละ 70 - 79</p> <p>-<b>เป้าหมายระดับ 1 หมายถึง</b> ดำเนินการพิจารณาคำขอ สบ.7 แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ร้อยละ ได้ร้อยละ 60 - 69</p> <p><b>PI 3</b></p> <p>-<b>ความสำเร็จการบริหารจัดการ Smart Counter หมายถึง</b> การมุ่งเน้นบริหารจัดการ Infastructure เพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่จังหวัดที่ตนรับผิดชอบ ตามเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 1</b> การบริหารจัดการด้านกำลังคน ( Human resources) โดยกำหนดคุณลักษณะบุคลากร หน้าที่ความรับผิดชอบ และปริมาณคนทั้งข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงฯ อัตราจ้าง หรือลูกจ้างเหมา เพื่ออำนวยความสะดวกการให้บริการแก่ประชาชน ณ ศูนย์บริการฯ</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 2</b> การบริหารจัดการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและภูมิทัศน์ เพื่อสร้างความสะดวกสบายให้แก่ประชาชนเพิ่มประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพิ่มความพึงพอใจ ลดความไม่พึงพอใจผู้รับบริการ ณ ศูนย์บริการฯ</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 3</b> การบริหารจัดการด้านการให้คำปรึกษา สำหรับเจ้าหน้าที่ สสจ. เพื่อให้คำปรึกษาแก่ประชาชนหรือผู้มารับบริการ</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 4</b> การบริหารจัดการด้านการเงิน ตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการรับเงินและการนำเงินส่งคลังสำหรับส่วนราชการที่ให้บริการด้านการออกหนังสือรับรอง ใบอนุญาต เอกสารต่างๆในระบบ Biz Portal (หนังสือกรมบัญชีกลาง ว.80)</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 5</b> การบริหารจัดการด้านเอกสาร เพื่อจัดทำแฟ้มผู้ประกอบการ</p>
--	--

	<p>สำหรับการจัดเก็บเอกสารกระดาษอย่างเป็นระบบลดการใช้กระดาษ รวมถึงระบบการจัดเก็บเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้การสืบค้นข้อมูลได้อย่างสะดวก</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 6</b> การบริการจัดการด้านระบบคิว และระบบสนับสนุน Smart Counter Service เพื่อการให้บริการประชาชน ณ ศูนย์บริการฯ เพื่อลดความแออัดของประชาชนในการเข้ารับบริการและสำหรับจัดตารางปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ณ ศูนย์บริการฯ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมินสถานที่ก่อนการอนุญาตฯ การต่ออายุใบอนุญาตฯ งานคุ้มครองผู้บริโภคฯ กำกับดูแลก่อนและหลังออกสู่ตลาด</p> <p><b>-ระดับการวัด หมายถึง</b> เป้าหมายเชิงพัฒนาระบบเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2563 มีระดับการวัด ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 จังหวัดทำแบบประเมินตนเองด้านความพร้อมการให้บริการประชาชน คิดเป็น ร้อยละ 20</p> <p>ระดับที่ 2 จังหวัดทำแผนพัฒนาการให้บริการประชาชน คิดเป็น ร้อยละ 40</p> <p>ระดับที่ 3 จังหวัดบรรลุ 1 ใน 6 องค์ประกอบ (องค์ประกอบใดก็ได้) คิดเป็น ร้อยละ 60</p> <p>ระดับที่ 4 จังหวัดบรรลุ 2 ใน 6 องค์ประกอบ (องค์ประกอบใดก็ได้) คิดเป็น ร้อยละ 80</p> <p>ระดับที่ 5 จังหวัดบรรลุ 3 ใน 6 องค์ประกอบ (องค์ประกอบใดก็ได้) คิดเป็น ร้อยละ 100</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการรับคำขอ และกระบวนการพิจารณาอนุญาตแก่ผู้มารับบริการ</li> <li>2. สนับสนุนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</li> <li>3. อำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้มารับบริการ</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้มารับบริการ</li> <li>2. ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	ผลการดำเนินงานของจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A คือ ผลรวมของการดำเนินงานของ PI 1 – PI 3
รายการข้อมูล 2	B คือ ผลรวมของค่าคะแนนทั้งหมด PI 1 – PI 3 (ค่าคะแนน 300)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นายธนันธร รัตนพรสมปอง</p> <p>ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ</p> <p>หมายเลขโทรศัพท์ 091-4288594</p>

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 3	ร้อยละความสำเร็จการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด 52	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด(KPI)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง มีดังนี้</b></p> <p><b>1.ผักและผลไม้สด</b> หมายถึง ผักและผลไม้ ณ สถานที่ผลิต(คัดบรรจุ) ที่ผ่านเกณฑ์และได้รับการอนุญาตแล้ว</p> <p>-การตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ผ่านเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ อ้างอิงมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 387 พ.ศ.2560 เรื่องอาหารที่มีสารพิษตกค้าง ณ ห้องปฏิบัติการ</p> <p><b>2.ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร</b> หมายถึง อาหารกลุ่มกาแฟหรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่มีการโฆษณาอ้างสรรพคุณในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ หรือมีผลวิเคราะห์ในปี 2561 – 2562 พบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ โดยเก็บตัวอย่างจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย</p> <p>-การตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ผ่านเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์ตามที่กฎหมายกำหนด ณ ห้องปฏิบัติการ</p> <p><b>3.ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง</b> หมายถึง เครื่องสำอางที่จัดแจ้งในประเภทบำรุงผิวที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผิวแลดูขาว กระจ่างใส และฉลากกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริงหรือเครื่องสำอางที่มีลักษณะทางกายภาพสีเข้ม/จุดขาดโฆษณาขายทางสื่อออนไลน์มากหรือเป็นที่นิยมตามกระแสของผู้บริโภค โดยเก็บ ณ สถานที่ผลิต/นำเข้าเครื่องสำอาง</p> <p>-การตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง เครื่องสำอางที่ส่งตรวจวิเคราะห์ไม่พบสารห้ามใช้ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง พ.ศ. 2559 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ได้แก่ สารประกอบของปรอท ไฮโดรควิโนน และกรดวิตามินเอ ณ ห้องปฏิบัติการ</p> <p><b>4.ผลิตภัณฑ์สมุนไพร</b> หมายถึง ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทะเบียนตำรับยา ชนิดรับประทานที่พบจากการสุ่มสำรวจในครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ 1)โรคเกาต์ 2)โรคไขมัน 3)โรคเบาหวาน 4)โรคความดัน 5)โรคหอบหืด 6)ข้อเสื่อม 7)โรคไตเรื้อรัง</p> <p>-การตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ผ่านเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์ตามที่กฎหมายกำหนด ณ ห้องปฏิบัติการ</p>

	<p><b>5.ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน</b> หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตโดยวิสาหกิจชุมชน หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการคัดสรรหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Primary GMP</p> <p>-การตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ผ่านเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์ตามที่กฎหมายกำหนด ณ ห้องปฏิบัติการ หรือ Mobile unit</p> <p><b>6.ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป</b> หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ หรือหมายถึง อาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปอื่น ๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร</p> <p><b>7.ผลิตภัณฑ์อาหารสด</b> หมายถึง อาหารที่ไม่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหาร หรืออาหารที่ไม่ผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ หรือไม่รวมถึงอาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปอื่น ๆ</p> <p><b>***ไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกเฉิน</b></p>								
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80								
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.สถานประกอบการ ตลาดสด/แผงลอย 2.ผลิตภัณฑ์สุขภาพ								
แหล่งข้อมูล	1.ผลตรวจวิเคราะห์คุณภาพจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์/ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี 2.ผลตรวจวิเคราะห์คุณภาพจากรถ Mobile unit								
รายการข้อมูล 1	A คือ จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	B คือ จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565								
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td>1. ชื่อ นายอดิพันธ์ อูสมัน</td> <td>ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ</td> <td>หมายเลขโทรศัพท์ 080-6066746</td> </tr> <tr> <td>2. นางสาวพิณชฎาภรณ์ เกตุแก้ว</td> <td>ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานเกษตรกรรมชำนาญงาน</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ</td> <td>หมายเลขโทรศัพท์ 089-6040601</td> </tr> </table>	1. ชื่อ นายอดิพันธ์ อูสมัน	ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 080-6066746	2. นางสาวพิณชฎาภรณ์ เกตุแก้ว	ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานเกษตรกรรมชำนาญงาน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 089-6040601
1. ชื่อ นายอดิพันธ์ อูสมัน	ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ								
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 080-6066746								
2. นางสาวพิณชฎาภรณ์ เกตุแก้ว	ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานเกษตรกรรมชำนาญงาน								
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 089-6040601								

ประเด็นการพัฒนาที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 3	ร้อยละความสำเร็จการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้สุขภาพดี
ตัวชี้วัด 53	อำเภอมีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง</b> การประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 ซึ่งประกอบด้วย การประเมินระบบการแจ้งและการรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการขับเคลื่อนกลไกการสอบสวนโรค โดยหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวังผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวัง และกำหนดแนวทางในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวัง รวมทั้งทราบถึงความสำคัญและสถานการณ์การระบาดของโรคที่แท้จริง โดยจังหวัดประเมินตนเองในเบื้องต้น และประเมินเชิงคุณภาพ โดยส่วนกลาง/สคร. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p><b>ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง</b> การรวบรวมข้อมูลการเกิดโรค การกระจายของโรค หรือปัญหาทางสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสนับสนุนหรือส่งผลให้เกิดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ หรือโรคและภัยสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เรียบเรียง วิเคราะห์แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยในปี 2565 จะเน้นการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ได้แก่ การสนับสนุนให้จังหวัดมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม การพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมต่อไป</p>

ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้การขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.สุภาวดี วราขุน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ หมายเลขโทรศัพท์ 089-2528995

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 3	ร้อยละความสำเร็จการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด 54  ตัวชี้วัด 55	<p>- ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป</p> <p>- ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus</p>
นิยามตัวชี้วัด	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p><b>ระดับพื้นฐาน</b> หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> การสร้างกระบวนการพัฒนา</p> <p>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN &amp; CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> จัดกิจกรรม G-R-E-E-N</p> <p>G : GARBAGE</p> <p>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</p> <p>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่ที่รวบรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</p> <p>R : RESTROOM</p> <p>4. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคาร ผู้ป่วยนอก</p> <p>E : ENERGY</p> <p>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตาม มาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</p> <p>E : ENVIRONMENT</p> <p>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่ม พื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้อง กับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</p> <p>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับ</p>

	<p>บริการของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>N : NUTRITION</p> <p>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่าย อาหาร พ.ศ. 2561</p> <p>9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561</p> <p>10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน <b>ระดับดี</b> หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ข้อที่ 11-12</p> <p>11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</p> <p>12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)</p> <p><b>ระดับดีมาก</b> หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ข้อที่ 13-14</p> <p>13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</p> <p>14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</p> <p><b>ระดับดีมาก Plus</b> หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 15-16</p> <p>15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่</p> <p>16. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป หรือโรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข และเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป</p>
ค่าเป้าหมาย	<p>- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98</p> <p>- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 60</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Plus
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)

รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEANผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEANผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A1+A2)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมGREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป $(A2/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากPlus
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายธานี เข็ญนุเคราะห์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 313

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 4	ร้อยละความสำเร็จการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของภาคีเครือข่าย
ตัวชี้วัด 56	ร้อยละของชมรมด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนตำบล(KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	กองทุนฯจะได้รับจัดสรรงบประมาณจาก สปสช. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดยจัดทำแผนงาน/โครงการภายใต้วัตถุประสงค์ของกองทุนที่ สปสช. กำหนด โดยเน้นให้ภาคีเครือข่าย ชมรมด้านสุขภาพในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการขอสนับสนุนงบประมาณเพื่อเขียนโครงการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ (เน้นที่เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค)
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่หันมาใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง โดยผ่านชมรมเป็นผู้ดำเนินการ ๒. ประชาชนรู้ถึงปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน และรู้จักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนชมรมด้านสุขภาพทั้งหมด
แหล่งข้อมูล	แผนงานของกองทุนฯที่ผ่านการอนุมัติแล้ว บันทึกในระบบ
รายการข้อมูล 1	A = กลุ่มชมรมที่ขอรับเงินสนับสนุนด้านสุขภาพจากกองทุนตำบล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มชมรมด้านสุขภาพทั้งหมดในหน่วยบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ( มี.ค. และ ก.ค.)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนุศรา แสงจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	กลุ่มงาน ประกันสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๙-๗๔๖๑๐๑๗

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 4	ร้อยละความสำเร็จการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของภาคีเครือข่าย
ตัวชี้วัด 57	ร้อยละของเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ใช้งบประมาณจาก อปท. (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>กองทุนฯจะได้รับจัดสรรงบประมาณจาก สปสช. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดยจัดทำแผนงาน/โครงการภายใต้วัตถุประสงค์ของกองทุนที่ สปสช. กำหนด โดยให้หน่วยบริการขอสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. มาดำเนินการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในพื้นที่ ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาปฐมพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต</p> <p>ปีงบประมาณ 2565 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 30</p> <p>ปีงบประมาณ 2566 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 35</p> <p>ปีงบประมาณ 2567 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 40</p> <p>ปีงบประมาณ 2568 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 45</p> <p>ปีงบประมาณ 2569 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 50</p>
ค่าเป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการมีช่องทางในการหางบประมาณ เพื่อดำเนินการด้านสุขภาพมากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนงบประมาณของเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ที่ได้รับการสนับสนุนจาก อปท.
แหล่งข้อมูล	แผนงานของกองทุนฯที่ผ่านการอนุมัติแล้ว บันทึกในระบบ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงบประมาณที่หน่วยบริการที่รับการสนับสนุนจาก อปท.
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ( ก.ค.)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนุศรา แสงจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	กลุ่มงานประกันฯ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๙-๗๔๖๑๐๑๗

ประเด็นการพัฒนาที่1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
KRA ที่ 4	ร้อยละความสำเร็จการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของภาคีเครือข่าย
ตัวชี้วัด 58	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</b> หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p><b>อำเภอ</b> หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p> <p><b>กลุ่มเปราะบาง</b> หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p><b>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ</b> พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ขาดพันธุกลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ</li> <li>2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล</li> <li>3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกระงับการดูแลสุขภาพถ้าไม่ได้รับการ</li> </ol>

	<p>ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>(อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอในจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอในจังหวัดตราด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางกัญญา เชื้อเงิน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 089-7482853

ประเด็นการพัฒนาที่ 1	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ								
KRA ที่ 4	ร้อยละความสำเร็จการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของภาคีเครือข่าย								
ตัวชี้วัดที่ 59	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (KPIT)								
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>ตำบล</b> หมายถึง หน่วยการปกครองท้องที่ ตามพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457 ประกอบด้วยหลาย ๆ หมู่บ้านรวมกัน ตามมาตรา 29 ราว 20 หมู่บ้าน</p> <p><b>เกณฑ์</b> หมายถึง หลักในการพิจารณาตัดสิน หรือวินิจฉัย</p> <p><b>ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต</b> หมายถึง ชุมชน หมู่บ้าน ในพื้นที่ระดับตำบลใช้ตำบลจัดการสุขภาพเป็นเครื่องมือ หรือเป็นกลไก กระบวนการ วิธีการ มาตรการ ในการพัฒนา แก้ไข ปัญหาของพื้นที่ ในการสร้างชุมชนสร้างสุข ปฏิบัติการระดับตำบลในการนำประเด็น ตามบริบท และหรือประเด็นที่เชื่อมโยงกับประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ ระดับเขต (พขอ./พชช.) มาดำเนินการแล้วเกิดความฉลาด(ความรอบรู้) ของชุมชนที่นำไปสู่เป้าหมายชุมชนสร้างสุข “สุขภาพ สุขใจ สุขเงิน” ด้วยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีเครือข่าย</p> <p><b>เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต</b> หมายถึง หลักในการพิจารณาตัดสินตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต ที่บันทึกรายละเอียดในฐานข้อมูลตำบลจัดการคุณภาพชีวิต <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a> ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเด็นเป้าหมายการสร้างสุขของตำบลที่คนในตำบลร่วมกันกำหนดเอง</li> <li>2. แกนนำขับเคลื่อน (GateKeeper) ทีมทำงานและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) ในการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต</li> <li>3. แผนการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วม</li> <li>4. การดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต</li> <li>5. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในประเด็นเป้าหมาย ของตำบลที่คนในตำบลมีอิสระในการกำหนดเกณฑ์ วัดและประเมินผลเอง อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ</li> </ol> <p>ดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดความสำเร็จอย่างน้อยจำนวน 8 ตัวชี้วัด จาก 11 ตัวชี้วัด ตามค่าเป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัด <b>ดังนี้</b></p> <table border="1" data-bbox="496 1675 1474 2016"> <thead> <tr> <th data-bbox="496 1675 1315 1727">ตัวชี้วัดความสำเร็จ</th> <th data-bbox="1323 1675 1474 1727">ค่าเป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="496 1731 1315 1821">1. ร้อยละของตำบลที่มีการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตผ่านเกณฑ์การประเมิน</td> <td data-bbox="1323 1731 1474 1821">ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td data-bbox="496 1825 1315 1915">2. ร้อยละของตำบลที่มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเกณฑ์ประเมิน</td> <td data-bbox="1323 1825 1474 1915">ร้อยละ 75</td> </tr> <tr> <td data-bbox="496 1919 1315 2016">3. ร้อยละของตำบลมี อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้านรายใหม่ตามเป้าหมาย</td> <td data-bbox="1323 1919 1474 2016">ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ค่าเป้าหมาย	1. ร้อยละของตำบลที่มีการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 80	2. ร้อยละของตำบลที่มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเกณฑ์ประเมิน	ร้อยละ 75	3. ร้อยละของตำบลมี อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้านรายใหม่ตามเป้าหมาย	ร้อยละ 100
ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ค่าเป้าหมาย								
1. ร้อยละของตำบลที่มีการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 80								
2. ร้อยละของตำบลที่มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเกณฑ์ประเมิน	ร้อยละ 75								
3. ร้อยละของตำบลมี อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้านรายใหม่ตามเป้าหมาย	ร้อยละ 100								

	4. ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	ร้อยละ 70
	5. ร้อยละของตำบลที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานสุขศึกษา ระดับพัฒนาขึ้นไป	≥ร้อยละ 60
	6. ร้อยละของตำบล มีการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านเกณฑ์ประเมิน อย่างน้อยระดับพัฒนาขึ้นไป	≥ร้อยละ 30
	7. ร้อยละของตำบล มีการดำเนินงานพัฒนาโรงเรียนสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ผ่านเกณฑ์ประเมินอย่างน้อยระดับพัฒนาขึ้นไป	≥ร้อยละ 30
	8. ร้อยละของตำบล กลุ่มวัยทำงาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อยอยู่ในระดับดี	ร้อยละ 75
	9. ร้อยละของตำบล กลุ่มวัยเรียน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อยอยู่ในระดับดี	ร้อยละ 75
	10. ร้อยละของตำบล กลุ่มผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อยอยู่ในระดับดี	ร้อยละ 75
	11. ร้อยละของตำบล กลุ่มผู้ป่วย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อยอยู่ในระดับดี	ร้อยละ 75
ค่าเป้าหมาย	≥ร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ชุมชนหรือตำบลเป้าหมาย	
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดความสำเร็จ (จาก 11 ตัวชี้วัดความสำเร็จ)	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้รับผิดชอบงาน/ รายงานผลงาน	ชื่อ นายจิรยุทธ์ ประสิทธิ์นิวา กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ชื่อ นางวันเพ็ญ นิโรภาส กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 081 - 6839072 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 084 - 5416345





ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 5	ร้อยละความสำเร็จการผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ 62	- ร้อยละโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
ตัวชี้วัดที่ 63	- ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
นิยามตัวชี้วัด	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 121 แห่ง</li> <li>- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 49 แห่ง</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 751 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564)</li> </ul> <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหาที่พบมาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง</li> <li>- HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2</li> <li>- HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน</li> </ul>
ค่าเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 100</li> <li>2. โรงพยาบาลชุมชน <math>\geq</math> ร้อยละ 90</li> </ol>
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) <a href="http://www.ha.or.th">www.ha.or.th</a> / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานการณ์รับรอง</li> <li>- กองบริหารการสาธารณสุข</li> </ul>

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 121 แห่ง	
รายการข้อมูล 3	C=จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ	
รายการข้อมูล 4	D= โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 751 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564)	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	- ร้อยละโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 = $(A/B) \times 100$ - ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 = $(C/D) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.โสสมพัฒน์ นิรันต์พานิช กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 411,461

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 5	ร้อยละความสำเร็จการผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับหน่วยบริการ
ตัวชี้วัดที่ 64	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
นิยามตัวชี้วัด	<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>
ค่าเป้าหมาย	≥ร้อยละ 75
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
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ( <a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a> )
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาวในปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5 ดาว) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ



ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 6	ร้อยละความสำเร็จการผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับตำบล
ตัวชี้วัดที่ 65	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p><b>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</b> หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor</li> <li>2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562</li> </ol> <p><b>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</b> หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p><b>บริการสุขภาพปฐมภูมิ</b> เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</li> <li>(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</li> <li>(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</li> <li>(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดย</li> </ol>

	<p>การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพพร้อมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>
ค่าเป้าหมาย	10 หน่วย
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ</li> </ul>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดำเนินการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางกัญญา เชื้อเงิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 089-7482853

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 6	ร้อยละความสำเร็จการผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับตำบล
ตัวชี้วัด 66	จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>ประชาชน หมายถึง</b> จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p><b>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562</p> <p><b>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</b> หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor</p> <p>2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562</p> <p><b>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</b> หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p><b>บริการสุขภาพปฐมภูมิ</b> เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <p>(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</p> <p>(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติภารกิจอื่น ยกเว้น</p>

	<p>กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 40 ของประชากรจังหวัดตราด
วัตถุประสงค์	<p>- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว / คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และ อสม.หมอประจำบ้าน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.จินตรา ดวงสวัสดิ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 411,461

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข								
KRA ที่ 6	ร้อยละความสำเร็จการผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับตำบล								
ตัวชี้วัด 67	จำนวนประชากรไทย มีหมอปประจำตัว 3 คน (KPIT)								
นิยามตัวชี้วัด	<p>แนวคิดของนโยบายนี้คือการต้องการออกแบบระบบบริการให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัว มีหมอดูแล ให้บริการในทุกระดับของการเจ็บป่วย ตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ดูแลได้ภายในครอบครัว และชุมชน การเจ็บป่วยที่เพิ่มระดับความต้องการบริการสุขภาพและการแพทย์ขึ้นมาเล็กน้อย ต้องการการดูแลในสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้านในระดับตำบล และการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือการดูแลในระดับอำเภอ ส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด โดยกำหนดหมอต้ง 3 คน 3 ระดับไว้ดังนี้</p> <p><b>หมอมคนที่ 1 คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอปประจำบ้าน</b> โดยวางแผนการทำงานของ อสม. ใหม่ แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8- 15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้น ทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอมคนที่ 2 และหมอมคนที่ 3</p> <p><b>หมอมคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข</b> หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้ง รพ.สต., PCC, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ 1 คน ไม่ว่าจะวิชาชีพใดก็ตามรับผิดชอบประชากร 1,250 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน นอกจากมีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสุขภาพแล้ว ยังต้องเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. และหมอมคนที่ 3</p> <p><b>หมอมคนที่ 3 คือ หมอเวชปฏิบัติครอบครัว</b> หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ที่ผ่านการเทรนเวชปฏิบัติครอบครัว (FamMed) โดยกำหนดให้หมอม 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1-3 ตำบล ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอมคนที่ 1 และ 2 อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอมคนที่ 1 และ 2 มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น ดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดความสำเร็จ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="518 1451 1498 1960"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัดความสำเร็จ</th> <th>ค่าเป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละ อสม. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอปประจำบ้าน</td> <td>≥ ร้อยละ 75</td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอปประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>3. ร้อยละความครอบคลุมการบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 3 หมอรู้จักคุณ (จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อบุคคลในหน่วยบริการ การปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ)</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ค่าเป้าหมาย	1. ร้อยละ อสม. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอปประจำบ้าน	≥ ร้อยละ 75	2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอปประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ 80	3. ร้อยละความครอบคลุมการบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 3 หมอรู้จักคุณ (จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อบุคคลในหน่วยบริการ การปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ)	ร้อยละ 20
ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ค่าเป้าหมาย								
1. ร้อยละ อสม. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอปประจำบ้าน	≥ ร้อยละ 75								
2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอปประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ 80								
3. ร้อยละความครอบคลุมการบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 3 หมอรู้จักคุณ (จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อบุคคลในหน่วยบริการ การปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ)	ร้อยละ 20								
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 60								

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว / คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และอสม.หมอบริการบ้าน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม 2. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดความสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= (A \times 100)/B$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้รับผิดชอบงาน/ รายงานผลงาน	ชื่อ นายจรรย์ฤทธิ์ ประสิทธิ์นาวา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081 - 6839072 ชื่อ นางกัญญา เชื้อเงิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 089-748-2853

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 6	ร้อยละความสำเร็จการผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับตำบล
ตัวชี้วัด 68	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
นิยามตัวชี้วัด	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัฟฟิง 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>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</li> <li>2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน</li> <li>2. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัฟฟิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อนายจรรย์รุทธ์ ประสิทธิ์นาวา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081 - 6839072

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัด 69	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</b> หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x</p> <p><b>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต</b> หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 74
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขจังหวัดตราด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2565 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจระดับวิทยาโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อน.ส.พรชนก รัตนพิทักษ์                      ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ              หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382</p>

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัด 70	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์
ตัวชี้วัด 71	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ตัวชี้วัด 72	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก</b> ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก(C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p><b>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</b> หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับ จาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</li> <li>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่น่าผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยก รายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p><b>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด</b> หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับ จาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยก รายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p><b>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา</b> หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับ จาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็น</li> </ul>

	<p>มะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</li> </ul> <p>* หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>
ค่าเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 75</li> <li>2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 75</li> <li>3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 60</li> </ol>
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด</li> <li>2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด</li> <li>3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล</li> <li>2. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	<p>A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา <math>\leq 4</math> สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>A(C) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด <math>\leq 6</math> สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>A(R) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา <math>\leq 6</math> สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B(S) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>B(C) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>B(R) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A(s)/ B(s)) \times 100$ 2. $(A(c)/ B(c)) \times 100$ 3. $(A(R)/ B(R)) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ น.ส.จันทนา กาทงกิติ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382</p>

ประเด็นการพัฒนาระดับที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 73	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr
นิยามตัวชี้วัด	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 66
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139', 'I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110', 'N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR ≥ 15
แหล่งข้อมูล	HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR <math>\geq 2</math> ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับ ค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression (<math>y = mx+b</math>) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร</p> $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ <p>เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ  GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก  y = ค่าของ eGFR ณ.วันที่ตรวจ</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิสาร์ตน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 74	ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไป 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติมานานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตรากรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ 2. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT type area 1,3
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิสาร์ตน์ ภิรมย์ภักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาระดับที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 75	ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
นิยามตัวชี้วัด	ต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต่อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต่อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020 Thailand
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิสาร์ตน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนานที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 76	ร้อยละการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การคัดกรองสายตา หมายถึง การวัดสายตาโดยการนับนิ้วในระยะ ๓ เมตร ได้ถูกต้อง (ตามเกณฑ์) โดย อสม.
ค่าเป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืนด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการลดระยะเวลารอคอยและลดการส่ง ต่อออกนอกเขต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020thailand
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้สูงอายุ60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้สูงอายุ60 ปีขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิตารัตน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 77	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)
นิยามตัวชี้วัด	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (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 โดยมี เป้าประสงค์ 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</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน “ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งลงในภายหลังก็ได้</p>
ค่าเป้าหมาย	< ร้อยละ 12
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</li> <li>2. ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทัศนเวลาปลอดภัยและประทับใจ</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มาตรฐาน 43 แพ้มกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</li> </ol>

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางปณัสชดา เพียรหล้า      ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 78	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
นิยามตัวชี้วัด	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>
ค่าเป้าหมาย	>ร้อยละ 26.5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน</li> <li>2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นางปณิศาดา เพียรหล้า                      ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ              หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382</p>

ประเด็นการพัฒนาค่าที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 79	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ
นิยามตัวชี้วัด	<p>ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1.1. จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery</li> <li>1.1.2. กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 - 4 ชั่วโมง (ER Target Time 2 - 4 ชั่วโมง)</li> </ol> </li> <li>1.2. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2.1. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. พัฒนาอาคารสถานที่ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1.1. จัดให้มี Double door with access control</li> <li>2.1.2. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room)</li> <li>2.1.3. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room)</li> <li>2.1.4. จัดให้มีห้องความดันลบ (Negative pressure room)</li> <li>2.1.5. จัดให้มีแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (transport capsule)</li> </ol> </li> <li>2.2. พัฒนาระบบสารสนเทศ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2.1. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking)</li> <li>2.2.2. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Telemedicine และวางแผนการพัฒนา Ambulance Operation Center (AOC)</li> <li>2.2.3. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม "ACCIDENT" ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. การพัฒนาและอํารงรักษากำลังคน <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)</li> </ol> </li> </ol>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</li> <li>2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</li> <li>3. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน</li> </ol>

	4. บุคลากรมีความปลอดภัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทั่วไป
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ในไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางปณัสชดา เพียรหล้า                      ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ                      หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาค่าที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 80	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน
นิยามตัวชี้วัด	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก $\geq 500$ กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)
ค่าเป้าหมาย	$< 3.6$ ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต $\leq 28$ วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางอรพินท์ กั้นประดับ      ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 081-2952171

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 81	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
นิยามตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP <math>\geq 65</math> mm Hg และมีค่า serum lactate level <math>&gt; 2</math> mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราการตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <p>1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis</p> <p>2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community - acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <p>4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP <math>\geq 65</math> mm Hg และมีค่า serum lactate level <math>&gt; 2</math> mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3)</p> <p>4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)</p> <p>4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5)</p>

	<p>5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>
ค่าเป้าหมาย	< ร้อยละ 26
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น
รายการข้อมูล 3	C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น

รายการข้อมูล 4	D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายศราวุธ อยู่เกษม                      ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ                      หมายเลขโทรศัพท์ 082-1525155

ประเด็นการพัฒนาค่าที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 82	Re fracture Rate
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>ผู้ป่วย Re fracture Prevention</b> คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากถยนต์รายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p><b>ถยนต์รายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)</b> หมายถึง แรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p><b>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังจากกระดูกสะโพกหัก (Re fracture)</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากรถยนต์รายชนิดไม่รุนแรงภายหลังจากการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Re fracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยในโครงการ Re fracture Prevention เป็นต้น</p> <p><b>การผ่าตัดแบบ Early surgery</b> หมายถึง ผู้ป่วย Re fracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยในรถยนต์สะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Femoral neck S72.0</li> <li>2. Intertrochanter S72.1</li> <li>3. Subtrochanter S72.2</li> </ol> <p><b>กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compression spine S22.0 (T-spine) S32.0 (LS-spine) S32.7 (multiple LS with pelvis)</li> <li>2. Humerus S42.2 (proximal) S42.3 (shaft) S42.4 (distal)</li> <li>3. Distal radius S52.5 (without ulna) S52.6 (with ulna)</li> <li>4. Distal femur S72.4</li> </ol>

	<p>5. Proximal tibia S82.1</p> <p>6. Distal tibia and ankle S82.3 (Plafond)</p> <p>S82.5 (Medial malleolus)</p> <p>S82.6 (lateral malleolus)</p> <p>S82.8 (lower leg, other)</p> <p><b>ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ รหัสหัตถการ ด้วยรหัส</p> <p>1. open reduction with internal fixation femur 79.35</p> <p>2. Close reduction with internal fixation femur 79.15</p> <p>3. Total hip arthroplasty 81.51</p> <p>4. Partial hip arthroplasty 81.52</p> <p><b>Liaison</b> หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p><b>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Re fracture Prevention</b> หมายถึง เขตสุขภาพ ตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>หมายเหตุ :</b> ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี</p>
ค่าเป้าหมาย	< ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	<p><b>เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Re fracture) ให้ดำเนินการ โดยตั้งทีม Re fracture Prevention ประกอบด้วย</b> สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแล รักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกัน การเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)</p> <p><b>องค์ประกอบของทีม Re fracture Prevention</b></p> <p><b>หัวหน้าโครงการ</b> ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์</p> <p><b>ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse)</b> คือ ตัวแทน หรือ ทีม พยาบาล หรือ ผู้ถูกจัดตั้งเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน</p> <p><b>ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ</b></p> <p>จำเป็นต้องมี <b>ระดับ รพศ./รพท.</b> - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุร แพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู</p> <p><b>ระดับ รพช.</b> - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์</p> <p>แนะนำให้ <b>ระดับ รพศ./รพท.</b> - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p><b>ระดับ รพช.</b> - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p>

	<p><b>ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ</b>  จำเป็นต้องมี เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด  แนะนำให้มี ตัวแทนแผนกโภชนาการ</p> <p>หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละ  โรงพยาบาลในขณะนั้น</p> <p><b>สหสาขาวิชาชีพ</b> หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม  เวชศาสตร์ฟื้นฟู วัสดุแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ  แผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</p> <p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วย  แบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Re fracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพ  ตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขต  สุขภาพนั้นจัดตั้งทีม Re fracture Prevention</p>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไป ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้  ครบถ้วนตามมาตรฐานการจัดตั้งทีมแพทย์</li> <li>2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน</li> </ol>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงพยาบาลตราด
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Re fracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Re fracture Prevention ในระยะเวลา 1 ปี
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รายไตรมาส
<b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>ชื่อ นางปณิษดา เพียรหล้า                      ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ              หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382</p>

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น	
ตัวชี้วัดที่ 83	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor)</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนด และญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย</p> <p><b>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล</b> หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2564 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2563 เป็นตัวหาร)</p>	
ค่าเป้าหมาย	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลปี 2562 ของแต่ละเขตสุขภาพ	
วัตถุประสงค์	เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลตราด	
แหล่งข้อมูล	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual donor) ปีงบประมาณ 2565	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2564	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รวบรวมสรุปผลสิ้นสุดปีงบประมาณ (กันยายน 2564 - กันยายน 2565)	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อนายศราวุธ อยู่เกษม	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 082-1525155

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 84	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)</b> หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ 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><b>*ผู้ป่วย Intermediate care</b> หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index &lt;15 รวมทั้งคะแนน Barthel index &gt;15 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p><b>Intermediate ward</b> 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><b>Intermediate bed</b> คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p><b>การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ</b> หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีม สหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ</p> <p>หมายเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา</li> <li>2. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ</li> </ol>

ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 70	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน</li> <li>สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย</li> <li>เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน</li> <li>ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.</li> </ol>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด</li> <li>ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)</li> </ol>	
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย	
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F	
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 4	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อน.ส.โสมาพัฒน์ นีรันต์พานิช กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 411,461

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 85	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ</b> คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ <b>โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการดังนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อ ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า</li> <li>2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน</li> <li>2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน</li> <li>2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน</li> <li>2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว</li> </ol> </li> <li>3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48</li> <li>3.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03</li> <li>3.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5</li> <li>3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44</li> </ol> </li> </ol>

	<p>3.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50</p> <p>3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)</p> <p>3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1</p> <p>3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ &gt; 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะฟุ้งฟิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง</p> <p>3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>4. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก ออย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยา morphine สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย</p> <p>5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50)</p> <p>* เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช กำหนด</p> <p>6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกเหตุการณ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับ อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	Health data center <a href="https://hdcservice.moph.go.th">https://hdcservice.moph.go.th</a> รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service pl

	Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family การทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.โสมาพัฒน์ นิรันต์พานิช กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 4141,461

ประเด็นการพัฒนาค่าที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 86	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
นิยามตัวชี้วัด	<p>การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรคไส้เลื่อนขาหนีบ(Inguinal hernia)</li> <li>2. โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)</li> <li>3. โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)</li> <li>4. ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding)</li> <li>5. หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขอด(Esophageal varices, Gastric varices)</li> <li>6. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)</li> <li>7. โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)</li> <li>8. ตังเนื้องอกลำไส้ใหญ่(Colorectal polyp)</li> <li>9. นิ่วในท่อน้ำดี(Bile duct stone)</li> <li>10. นิ่วในท่อตับอ่อน(Pancreatic duct stone)</li> <li>11. ภาวะท่อน้ำดีตีบ(Bile duct stricture)</li> <li>12. ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)</li> <li>13. สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)</li> <li>14. การผ่าตัดตัดเนื้อ (Pterygium Excision)</li> <li>15. การทำหมันในผู้หญิง (Female sterilization)</li> <li>16. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)</li> <li>17. ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)</li> <li>18. ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)</li> <li>19. ฝีเต้านม (Breast abscess)</li> <li>20. นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)</li> <li>21. นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)</li> </ol>

	<p>22. นิ่วท่อปัสสาวะตีบ</p> <p>23. (Urethral stricture)ในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)</p> <p>24. แผลฉีกหรือแผลปริที่ขอบทวาร (Anal fissure)</p> <p>25. ความผิดปกติของอัณฑะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)</p> <p>26. การส่องกล้องโพรมดลูก (Hysteroscopy) เพื่อรักษาความผิดปกติของ อวัยวะในอุ้งเชิงกราน</p> <p>27. การตัดนิ้วมือ(Amputation Finger)</p> <p>28. การผ่าตัดก้อนโรครที่เต้านม (Wide Excision Breast mass)</p> <p>29. ความผิดปกติของเต้านมที่ รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม (Simple Mastectomy)</p> <p>30. การรักษามะเร็งเต้านมโดย การผ่าตัด (Breast Conservative Surgery)</p> <p>31. ภาวะลิ้นติด(Tongue tie Release)</p> <p>32. การตัดนิ้วเท้าในแผล เบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (Diabetic foot With gangrene)</p> <p>33. การปลูกถ่ายผิวหนังใน Granulation Wound</p> <p>34. การทำผ่าตัดเส้นเลือด ขอด (Varicose vein)</p> <p>35. การขลิบผิวหนังหุ้มปลาย อวัยวะเพศชาย (Phimosis, Paraphimosis)</p> <p>36. การผ่าตัดนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy)</p> <p>37. การผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)</p> <p>38. การผ่าตัดปะแก้วหู เพื่อ รักษาหูชั้นกลาง (Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media)</p> <p>39. การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx hypopharynx base of tongue)</p> <p>40. การผ่าตัดเพื่อการรักษา โรครวมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)</p> <p>41. การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin's gland)</p> <p>42. การตัดติ่งเนื้อที่มดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri)</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS
วัตถุประสงค์	<p>1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถ รับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน</p> <p>2. ลดระยะเวลาารอคอยผ่าตัดสั้นลง</p> <p>3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย</p> <p>4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
แหล่งข้อมูล	ระบบ One Day Surgery Registry
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>*หมายเหตุ การคำนวณต่างจากปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น Hernia เป็นหัตถการ ที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ</p> $A = \frac{\text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery}}{\text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด}} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อน.ส.โสมาพัฒน์ นรินทร์พานิช      ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ                      หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 411,461

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 7	ร้อยละความสำเร็จพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่จำเป็น
ตัวชี้วัดที่ 87	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)
นิยามตัวชี้วัด	<p>การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า 1 แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวิดีโอที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้นตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)</p> <p>โดยการ Re-admit ภายใน 1 เดือน มีสาเหตุที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI</p>
ค่าเป้าหมาย	< ร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดแผลเล็กที่มาตรฐาน และปลอดภัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายเหตุ: ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS จากกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	ระบบ Minimally Invasive Surgery Registry
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยที่มีการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ น.ส.โสมาพัฒน์ นิรันต์พานิช ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 411,461</p>

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 8	ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐาน/นโยบาย Fast Track
ตัวชี้วัดที่ 88	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
นิยามตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)</li> <li>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)</li> <li>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)</li> </ol>
ค่าเป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นางนิสาร์รัตน์ ภิรมย์ภักดี      ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382</p>

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 8	ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐาน/นโยบาย Fast Track
ตัวชี้วัดที่ 89	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit
นิยามตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด
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
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิสาร์ตน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 8	ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐาน/นโยบาย Fast Track
ตัวชี้วัดที่ 90	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
นิยามตัวชี้วัด	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI 1. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
ค่าเป้าหมาย	< ร้อยละ 8
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่ - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO - I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูล 2	B2 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO - I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิสาร์ตน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 8	ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐาน/นโยบาย Fast Track
ตัวชี้วัดที่ 91	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
ตัวชี้วัดที่ 92	ร้อยละ ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
นิยามตัวชี้วัด	<p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ</li> <li>2. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล</li> </ol>
ค่าเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ยาละลายลิ่มเลือด <math>\geq</math> ร้อยละ 60</li> <li>2. Primary PCI <math>\geq</math> ร้อยละ 60</li> </ol>
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย STEMI
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด</p>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = <math>(A/B) \times 100</math></li> <li>2. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = <math>(C/D) \times 100</math></li> </ol>
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นางนิสราธน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382</p>

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 8	ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐาน/นโยบาย Fast Track
ตัวชี้วัดที่ 93	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>ผู้ป่วยเบาหวาน</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p><b>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</b> หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8</p> <p><b>*หมายเหตุ :</b> รหัส ICD10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25</li> <li>2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50</li> <li>3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69</li> <li>4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5</li> <li>5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41</li> </ol>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับติดตามการตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่อง และได้รับการดูแลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นางนิสาร์ตน์ ภริมย์ภักดี      ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382</p>

ประเด็นการพัฒนานที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 8	ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐาน/นโยบาย Fast Track
ตัวชี้วัดที่ 94	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยรหัส = I10-I15 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ/หรือ 90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่
ค่าเป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับติดตามการตรวจระดับความดันโลหิตต่อเนื่อง และได้รับการดูแลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ในปีงบประมาณควบคุมได้ดี
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางนิสาร์ตน์ ภิรมย์ภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ หมายเลขโทรศัพท์ 086-8262382

ประเด็นการพัฒนาระดับที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข				
KRA ที่ 9	ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย RDU				
ตัวชี้วัดที่ 95	RDU ชั้นที่ 2 (KPIT)				
นิยามตัวชี้วัด	RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU Hospital</th> <th>RDU PCU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>           1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1            2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม                2.1 โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (RI <math>\leq</math> 20 %)                2.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD <math>\leq</math> 20 %)                2.3 ผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW <math>\leq</math> 50 %)                2.4 สตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด (APL <math>\leq</math> 15 %)            3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10            4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5            5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)         </td> <td> <b>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</b> ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม ดังนี้            1. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (RI <math>\leq</math> 20 %)            2. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD <math>\leq</math> 20 %)         </td> </tr> </tbody> </table>	RDU Hospital	RDU PCU	1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม 2.1 โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (RI $\leq$ 20 %) 2.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD $\leq$ 20 %) 2.3 ผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW $\leq$ 50 %) 2.4 สตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด (APL $\leq$ 15 %) 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	<b>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</b> ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม ดังนี้ 1. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (RI $\leq$ 20 %) 2. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD $\leq$ 20 %)
RDU Hospital	RDU PCU				
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม 2.1 โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (RI $\leq$ 20 %) 2.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD $\leq$ 20 %) 2.3 ผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW $\leq$ 50 %) 2.4 สตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด (APL $\leq$ 15 %) 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	<b>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</b> ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม ดังนี้ 1. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (RI $\leq$ 20 %) 2. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD $\leq$ 20 %)				
ค่าเป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 62				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้น 2				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<b>ชื่อ</b> นายอานนท์ ควนวิไล <b>กลุ่มงาน</b> คุ้มครองผู้บริโภคฯ	<b>ตำแหน่ง</b> เกษัชกรชำนาญการ <b>หมายเลขโทรศัพท์</b> 092-6175984			

ประเด็นการพัฒนาระดับที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	
KRA ที่ 9	ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย RDU	
ตัวชี้วัดที่ 96	RDU ชั้นที่ 3 (KPIT)	
นิยามตัวชี้วัด	RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้	
	RDU Hospital	RDU PCU
	1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายสิทธิในกลุ่ม ดังนี้ 1. โรคติดต่อทางเดินหายใจส่วนบน (RI ≤ 20 %) 2. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD ≤ 20 %)
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 32	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้จ่าย	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ	
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้น 3	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายอานนท์ ควนวิไล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ	ตำแหน่ง เกษัสกรชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 092-6175984

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 9	ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย RDU
ตัวชี้วัดที่ 97	ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>การใช้ยาอย่างสมเหตุผล</b> หมายถึง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยา เพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็น รวมทั้งได้รับและใช้ยาจากสถานบริการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องโรค ขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง</p> <p><b>ยา</b> ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็นยาตามกฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา</p> <p><b>จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province)</b> หมายถึง จังหวัดที่มีนโยบายระบบและโครงสร้าง กระบวนการ และการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาสู่ “อำเภอใช้ยาสมเหตุผล”</p> <p>ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด (รวมเขตในกรุงเทพมหานคร) การพัฒนาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) และการพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in private sectors) รวมถึงการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2565 ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้น ให้มีการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างน้อย 1 อำเภอ</p> <p><b>อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district)</b> หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ ซึ่งมีองค์ประกอบจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และตัวแทนภาคประชาชน เช่น กรรมการ พชอ./พชข. เพื่อพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละอำเภอ/เขต โดยมีการเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจน มีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน รวมถึงระบบงานเชิงรุกในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย (แนวทางการพัฒนาตามเอกสารสนับสนุนหมายเลข 3)</p>

ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 50 ของจังหวัดทั้งหมด (38 จังหวัด)
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับจังหวัดและอำเภอ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เทียบเท่าในกรุงเทพมหานคร
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ/เขตในกรุงเทพฯ ได้แก่ โรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / B$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตามกิจกรรมในรายไตรมาส และคำนวณตามเกณฑ์เป้าหมาย เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายอานนท์ ควนวิไล ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ หมายเลขโทรศัพท์ 092-6175984

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข															
KRA ที่ 9	ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย RDU															
ตัวชี้วัดที่ 98	โรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ผ่านระดับ intermediate ทั้ง 5 กลุ่มกิจกรรมสำคัญ (KPIT)															
นิยามตัวชี้วัด	<p>ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ(AMR) หมายถึง เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการของโรงพยาบาล 5 กิจกรรมสำคัญ โดยการประเมินตนเองผ่านระบบรายงานกองบริหารสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง และการแปลผลจะแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>การแปลผลการประเมิน</th> <th>คะแนนเต็ม 500 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ</td> <td>- 0 – 149 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มีการดำเนินการพื้นฐาน (Basic)</td> <td>- 150 – 249 คะแนน - ข้อบังคับ Basic &gt; 0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>มีการดำเนินการพื้นฐาน (Intermediate)</td> <td>- 250 – 349 คะแนน - ข้อบังคับ Basic และ Intermediate &gt; 0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีการดำเนินการพื้นฐาน (Advance)</td> <td>- 350 – 500 คะแนน - ข้อบังคับ Basic และ Intermediate &gt; 0 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table> <p>รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรม ของ AMR</p> <p>กิจกรรมที่ 1 กลไกการจัดการ AMPR อย่างบูรณาการ ( 100 คะแนน) มีรายละเอียดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 มีคณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR</li> <li>1.2 มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>1.3 มีเป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน</li> <li>1.4 มีแผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR</li> <li>1.5 มีการกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน</li> <li>1.6 โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อแก้ไขปัญหา</li> <li>1.7 มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน</li> </ol> <p>กิจกรรมที่ 2 การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ( 100 คะแนน) มีรายละเอียดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 มีการตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน</li> <li>2.2 มีการเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน</li> </ol>	ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน	1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ	- 0 – 149 คะแนน	2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (Basic)	- 150 – 249 คะแนน - ข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน	3	มีการดำเนินการพื้นฐาน (Intermediate)	- 250 – 349 คะแนน - ข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน	4	มีการดำเนินการพื้นฐาน (Advance)	- 350 – 500 คะแนน - ข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน
ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน														
1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ	- 0 – 149 คะแนน														
2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (Basic)	- 150 – 249 คะแนน - ข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน														
3	มีการดำเนินการพื้นฐาน (Intermediate)	- 250 – 349 คะแนน - ข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน														
4	มีการดำเนินการพื้นฐาน (Advance)	- 350 – 500 คะแนน - ข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน														

	<p>2.3 มีระบบ Lab Alert</p> <p>2.4 มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระดับประเทศ</p> <p>2.5 มีการจัดทำ Antibioqram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>2.6 มีการรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>2.7 มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์</p> <p>2.8 มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2.9 รพ.ระดับ A , S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ</p> <p>2.10 การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.เขต</p> <p><b>กิจกรรมที่ 3 การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล ( 100 คะแนน) มีรายละเอียดดังนี้</b></p> <p>3.1 การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลและเครือข่าย</p> <p>3.2 การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค RI, AD, FTW, APL</p> <p>3.3 การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ</p> <p>3.4 การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อยและกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง</p> <p>3.5 การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา</p> <p>3.6 มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม</p> <p>3.7 การสอนและฝึกอบรมทักษะ</p> <p>3.8 ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้อย่างเหมาะสม</p> <p>3.9 มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ( 100 คะแนน) มีรายละเอียดดังนี้</b></p> <p>4.1 จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ</p> <p>4.2 การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>4.3 โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR</p> <p>4.4 IPC guideline</p> <p>4.5 ระบบการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา</p> <p>4.6 การจัดการเมื่อเกิดการระบาด</p> <p>4.7 การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ</p> <p>4.8 การสอนและฝึกอบรมทักษะ</p>
--	--

	<p>4.9 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>4.10 การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยาทั้ง colonization และ infection</p> <p>4.11 มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC</p> <p>กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ ( 100 คะแนน) มีรายละเอียดดังนี้</p> <p>5.1 การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล</p> <p>5.2 การติดตามและประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล</p> <p>5.3 มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยงและมีมาตรการการควบคุมการระบาดได้</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลตราด
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลตราด
รายการข้อมูล 1	A = โรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ผ่านระดับ intermediate ทั้ง 5 กลุ่มกิจกรรมสำคัญ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายอานนท์ ควนวิไล      ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 092-6175984

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 9	ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย RDU
ตัวชี้วัดที่ 99	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด(KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด (bacteremia) ที่ติดเชื้อดื้อยา รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acinetobacter baumannii ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin</li> <li>2. Pseudomonas aeruginosa ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin</li> <li>3. Klebsiella pneumoniae ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin</li> <li>4. Staphylococcus aureus ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA)</li> <li>5. Escherichia coli ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</li> <li>6. Salmonella spp. ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</li> <li>7. Enterococcus faecium ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE)</li> <li>8. Streptococcus pneumoniae ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</li> </ol> <p>วิธีการคำนวณ</p> $\frac{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด} \times 100}{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}}$
ค่าเป้าหมาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินที่ผ่านมา (ปีปฏิทินที่ผ่านมา ใช้ข้อมูล 1 ม.ค. – 31 ธ.ค. 63 เท่ากับ ร้อยละ 38.73 )
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1
รายการข้อมูล 1	A = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 63
รายการข้อมูล 2	B = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตร = B-A

ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน) ใช้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อ ตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 64 เทียบกับปีปฏิทิน 63 (ม.ค.-ธ.ค. 63) ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 65 เทียบกับปีปฏิทิน 63 (ม.ค.-ธ.ค. 63)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายอานนท์ ควนวิไล ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ หมายเลขโทรศัพท์ 092-6175984

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 10	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รองรับประชาชน
ตัวชี้วัดที่ 100 ตัวชี้วัดที่ 101 ตัวชี้วัดที่ 102	ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์
นิยามตัวชี้วัด	<p>1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชา ด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วย เข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง</p> <p>2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.2 โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนา การแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 14 แห่ง (สถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก), กรมการแพทย์ 17 แห่ง (โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาล มะเร็งชลบุรี สถาบันโรคผิวหนัง โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้จังหวัดตรัง สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลสงฆ์) และกรมการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 1 แห่ง (โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน) (เป้าหมายจำนวน 32 แห่ง)</p> <p>2.3 สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยา กัญชา ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p>

	<p>3. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสั่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา</p> <p>5. Palliative care ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (รหัส ICD10 Z51.5)</p>
คำเป้าหมาย	<p>1.รพ.สังกัด สป.สธ. ≥ ร้อยละ 70</p> <p>2.สถานพยาบาลเอกชน เขตสุขภาพละ 3 แห่ง</p> <p>3.ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5</p>
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
แหล่งข้อมูล	<p>1. ระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. ฐานข้อมูลใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>
รายการข้อมูล 1	<p>สำหรับรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>A1 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>A2 = จำนวนเขตสุขภาพที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในโรงพยาบาลเอกชน (12 เขต)</p> <p>A3 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>B2 = จำนวนเขตสุขภาพ</p> <p>B3 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ $(A1/B1) \times 100$

	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ (A2/B2) x 100 ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (A3/B3) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายอานนท์ ควนวิไล ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ หมายเลขโทรศัพท์ 092-6175984

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 10	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รองรับประชาชน
ตัวชี้วัดที่ 103	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
นิยามตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มีมารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทย) โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์</li> <li>- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การบำบัดมือเกลือ</li> <li>- การพอกยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก</li> <li>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน</li> <li>- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</li> </ul>

	<p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระดูก</li> <li>- การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด</li> </ul> <p>หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 20.5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/PROCEDURE_OPD/LABOR/ COMMUNITY_SERVICE)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวพรพิมล ช่อลัดดา      ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 039 - 511011 ต่อ 314

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 10	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รองรับประชาชน
ตัวชี้วัดที่ 104	ร้อยละตำบลที่มีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	ชมรมผู้สูงอายุด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่มี การจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตาม บริบทพื้นที่
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ชมรมผู้สูงได้รับความรู้และมีการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผน ไทยและแพทย์ทางเลือกตามบริบทพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุ
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส
รายการข้อมูล 1	A = ตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 2	B = ตำบลที่มีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อนางชวนพิศ พรพรหมโชติ      ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 039 - 511011 ต่อ 314

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 10	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รองรับประชาชน
ตัวชี้วัดที่ 105	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทยมีการใช้ 3ส 3อ 1น ในคลินิกโรคไม่ติดต่อ (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	3ส. 3อ. 1น. หมายถึง หลักสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย โดยมีกิจกรรม 3 อ. คือ 1. ออกกำลังกายแนววิถีธรรม เพื่อสุขภาพ 2. การจัดการอารมณ์ด้วยวิถีธรรม 3. อาหาร โภชนาการเพื่อสุขภาพตามหลักวิถีธรรม 3 ส. คือ 1. สวดมนต์ 2. การปฏิบัติสมาธิ 3. สันทนาการ ตามหลักวิถีธรรมแต่ละศาสนา 1. น. คือ การส่งเสริมสุขภาพด้วยหลักปฏิบัติตามนาฬิกาชีวิต
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อได้รับความรู้และมีการดูแลสุขภาพด้วยหลักสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส
รายการข้อมูล 1	A = คลินิกโรคไม่ติดต่อในหน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทย
รายการข้อมูล 2	B = คลินิกโรคไม่ติดต่อในหน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทยมีการใช้ 3ส 3อ 1น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวกัญญารัตน์ ระลึกชอบ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ หมายเลขโทรศัพท์ 039 - 511011 ต่อ 314

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 10	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รองรับประชาชน
ตัวชี้วัดที่ 106	ร้อยละของหน่วยบริการมีการสำรวจบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยตาม พรบ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยตาม พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทย หมายถึง บุคลากร 5 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มหมอพื้นบ้าน 2. กลุ่มผู้แทนกลุ่มองค์กรเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย 3. กลุ่มนักวิชาการ 4. กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย 5. กลุ่มผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพร
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ100
วัตถุประสงค์	เพื่อสำรวจติดตามข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยตาม พรบ.คุ้มครองและ ส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ให้เป็นปัจจุบัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยตาม พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทย 5 กลุ่ม
แหล่งข้อมูล	รายงานการสำรวจ รายไตรมาส 2 และ 4
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน โรงพยาบาล และ รพ.สต.
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน จำนวน โรงพยาบาล และ รพ.สต.ที่มีการสำรวจบุคลากรด้านการแพทย์ แผนไทยตาม พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวสกุณา สุขหลาย                      ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ                      หมายเลขโทรศัพท์039 - 511011 ต่อ 314

ประเด็นการพัฒนาคี่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 10	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รองรับประชาชน
ตัวชี้วัดที่ 107	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการสำรวจถิ่นกำเนิดสมุนไพรร (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	ถิ่นกำเนิดสมุนไพรร หมายถึง พื้นที่ป่าเขตอนุรักษ์/นอกเขตอนุรักษ์/ป่าชุมชนซึ่งขึ้น ทะเบียนกับกรมป่าไม้/ป่าครอบครัว/สวนสมุนไพรรชุมชน/สวนสมุนไพรรเอกชน ที่มี สมุนไพรรอาจสูญพันธุ์/ มีค่าต่อการศึกษาวิจัย/มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่ออนุรักษ์ ส่งเสริมการปลูกและการใช้ประโยชน์สมุนไพรร ในพื้นที่ป่าเขตอนุรักษ์/ นอกเขตอนุรักษ์/ป่าชุมชนซึ่งขึ้นทะเบียนกับกรมป่าไม้/ป่าครอบครัว/สวนสมุนไพรร ชุมชน/สวนสมุนไพรรเอกชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ถิ่นกำเนิดสมุนไพรร ที่มีสมุนไพรรอาจสูญพันธุ์/มีค่าต่อการศึกษาวิจัย/มีความสำคัญทาง เศรษฐกิจ
แหล่งข้อมูล	รายงานการสำรวจถิ่นกำเนิดสมุนไพรร
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน โรงพยาบาล และ รพ.สต.
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน โรงพยาบาล และ รพ.สต.ที่มีการสำรวจถิ่นกำเนิดสมุนไพรร
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวสุกัญญา สุขหลาย ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ หมายเลขโทรศัพท์ 039 - 511011 ต่อ 314



ประเด็นการพัฒนาคำที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 11	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 109	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการของรพ.สต. (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนที่มาขอรับบริการจากรพ.สต.ทุกแห่งในเขตพื้นที่อำเภอ บริการ หมายถึง การจัดการให้บริการของรพ.สต.ทุกงานบริการ ได้แก่ งานบริการในรพ.สต. 7 บริการ และงานบริการในชุมชน (ตามมาตราฐานรพ.สต.ติดดาว ปี 2564) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ พิจารณาจากผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการของรพ.สต. 4 ด้าน คือ 1) กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ 2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 3) สิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการ 4) คุณภาพของการให้บริการ
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 87
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลคุณภาพการให้บริการกับผู้รับบริการของรพ.สต.ทุกแห่ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนผู้มารับบริการในรพ.สต.และรพ.สต.ออกไปให้บริการในชุมชน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	วิธีคิดคะแนนร้อยละของรพ.สต. คือ คะแนนรวมความพึงพอใจที่ได้ $\times 100$ / คะแนนเต็มของแบบสอบถาม (แบบสอบถามรพ.สต.ละ 40 ชุดโดยใช้แบบสอบถามกลางของสสจ.ตราด) $A =$ ผลรวมความพึงพอใจของรพ.สต.ทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล 2	$B =$ หาดด้วยจำนวนรพ.สต.ทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน 2564-มีนาคม 2565 ครั้งที่ 2 เมษายน 2565-สิงหาคม 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางกัญญา เชื้อเงิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 089-7482853

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 12	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนานวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 110	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
นิยามตัวชี้วัด	<p>1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>2. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>3. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่</p> <p>1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น</p> <p>2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น</p> <p>3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น</p> <p>4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น</p> <p>4. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้</p>

	<p>เป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)</p> <p>5. การผลิต หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ</p> <p>6. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้</p> <p>1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชั้นสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p>2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชั้นสูตรโรค เป็นต้น</p> <p>3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น</p> <p>7. ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล</p>
คำเป้าหมาย	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 12 เรื่อง
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและ

	เทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนและชุมชน 2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. นักวิจัย 4. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ      ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาระดับที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 12	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนานวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 111	ร้อยละของเขตสุขภาพมีนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>เขตสุขภาพ (Regional Health)</b> หมายถึง ระบบการบริหารราชการส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการและการจัดบริการสาธารณสุขได้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น โดยมีโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างการบริหารองค์กร ในรูปแบบคณะกรรมการ พื้นฐาน 2 ชุด คือ 1) คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและกระทรวงสาธารณสุข 2) คณะกรรมการเขตสุขภาพ มีหน้าที่ในการนำนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ</p> <p>ขอบเขตการดำเนินงาน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>เขตสุขภาพ</b> หมายถึง เขตสุขภาพที่ 1-12 ที่มีการแบ่งเขตการจัดบริการ ตามกรอบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ที่แบ่งการจัดเขตสุขภาพเพื่อการบริหารทรัพยากร และประชากร</li> <li>2. <b>กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน</b> ขึ้นอยู่กับเขตสุขภาพจะกำหนดเป็นสถานพยาบาลระดับใด เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อกำหนดเป็นสถานพยาบาลระดับใด กลุ่มเป้าหมายจะหมายถึงสถานพยาบาลระดับนั้น</li> <li>3. <b>นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management)</b> หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น</li> <li>4. <b>นวัตกรรม (Innovative)</b> หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (ความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542)</li> <li>5. <b>แผนงาน/โครงการ (Program/Project)</b> หมายถึง การวางแผนการทำงาน เพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ อย่างน้อยต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้</li> </ol>

	<p>หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีดำเนินงาน ระยะเวลาดำเนินงาน สถานที่ดำเนินงาน งบประมาณหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ ผู้รับผิดชอบ ผลผลิต/ ผลลัพธ์</p> <p>6. ออกแบบระบบ (System Designs) หมายถึง การออกแบบกระบวนการ วิธีการแนวทาง ในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เช่น การออกแบบระบบเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยนอก เป็นต้น</p> <p>7. กลไก (mechanism) หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบมีการขับเคลื่อนหรือดำเนินอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร มีการจัดองค์กร หน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลเป็นผู้ดำเนินงาน เช่น มี MCH Board เพื่อขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก เป็นต้น</p> <p>8. ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล (Regulate Monitoring and Evaluation) หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการ ในการ ตรวจสอบ การดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>9. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ของบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งให้กับอีกบุคคลหนึ่งหรืออีกกลุ่มบุคคลหนึ่ง ด้วยความเต็มใจ ซึ่งอาจจะเป็นการแลกเปลี่ยนในสถานที่พบเจอกันหรือผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และเกิดการต่อยอดความรู้ หรือเกิดการเผยแพร่ความรู้ให้กว้างขวางต่อไป</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดการบริการสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลในเขตสุขภาพ ที่ 1-12 ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน จ.ตราด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาที่ 2	พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
KRA ที่ 12	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนานวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 112	ร้อยละของอำเภอมีนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 1 รายการ(KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์</b> หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านการพัฒนาหรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่</p> <p>1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น</p> <p>2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นบริการใหม่ หรือปรับปรุงบริการเดิม เช่น ระบบบริการ Online, การปรับปรุงระบบบริการรับรองมาตรฐานต่างๆ , บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น</p> <p>3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการปรับปรุงกระบวนการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างจากเดิมเพื่อให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น</p> <p>4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้องค์ความรู้ด้านบริหารจัดการเพื่อปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร ให้ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น การใช้ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น</p> <p><b>2. เทคโนโลยีทางสุขภาพ</b> หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการสร้างผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคล/ชุมชนสุขภาพดีและมีความปลอดภัยในชีวิต เช่น เทคโนโลยีเกี่ยวกับอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ เทคโนโลยีเกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>โดยภายในอำเภอเดียวกัน ควรมีนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีซึ่งสร้างขึ้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอดจากสิ่งเดิม ดังข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 รายการ ทั้งนี้ อาจเป็นผลงานของโรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100 (ทุกอำเภอ)
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดตราดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และ

	ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี ในการจัดการสุขภาพของประชาชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
แหล่งข้อมูล	รายงานผลงานนวัตกรรมรายอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีผลงานนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 1 รายการ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัดตราด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน, 12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ เบอร์โทร 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ
KRA ที่ 13	ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขในพื้นที่พิเศษ
ตัวชี้วัดที่ 113	โรงพยาบาลเป้าหมายผ่านการประเมินตามเกณฑ์ SIM ของ กบรส. (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1.โรงพยาบาลเป้าหมาย</b> หมายถึง โรงพยาบาลซึ่งมีการให้บริการนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ประกอบด้วย โรงพยาบาลตราด, โรงพยาบาลเกาะช้าง และโรงพยาบาลเกาะกูด</p> <p><b>2. เกณฑ์ SIM ของ กบรส</b> หมายถึง เกณฑ์ประเมินหน่วยบริการในเขตพื้นที่ท่องเที่ยว ซึ่งกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้</p> <p><b>S : Structure</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยว อย่างน้อย 1 คน</li> <li>2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยว</li> </ol> <p><b>I : Information</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. มีการรวบรวมสถิติสุขภาพการบริการในเขตพื้นที่สำหรับการท่องเที่ยวทุกประเทศ</li> <li>4. มีแหล่งข้อมูลในการสนับสนุนการให้บริการ เช่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ol> <p><b>I : Intervention</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. มีการจัดประชุมคณะกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยว</li> <li>6. มีแผนงาน/โครงการ หรือเอกสาร ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ /การจัดการภัยทางทะเล/การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการส่งต่อ/การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เช่น ไข้หวัดใหญ่, SARS, MERS</li> </ol> <p><b>I : Innovation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. มีนวัตกรรมเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพรองรับกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ</li> </ol> <p><b>M : Monitoring &amp; Evaluation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปพัฒนาระบบการให้บริการชาวต่างชาติ</li> </ol> <p><b>3. ผ่านเกณฑ์ประเมิน</b> หมายถึง โรงพยาบาลโรงพยาบาลตราด, โรงพยาบาลเกาะช้าง และโรงพยาบาลเกาะกูด มีข้อมูลผลงาน ตามเกณฑ์ SIM ของ กบรส ครบทุกข้อ</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 75

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการงานสาธารณสุขในพื้นที่พิเศษ ให้สามารถรองรับการจัดบริการสำหรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลตราด, โรงพยาบาลเกาะกูด และ โรงพยาบาลเกาะช้าง
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการประเมินรายโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน SIIM ของ กบรส.
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลเป้าหมาย 3 แห่งในจังหวัดตราด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อนางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ
KRA ที่ 13	ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขในพื้นที่พิเศษ
ตัวชี้วัดที่ 114	ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เกาะ</b> หมายถึง หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต.) ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีสภาพพื้นที่เป็นเกาะ ใน 11 จังหวัดของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดกระบี่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดตรัง จังหวัดตราดจังหวัดพังงา จังหวัดระนอง จังหวัดระยอง จังหวัดภูเก็ต จังหวัดจันทบุรี จังหวัดสตูล และจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 98 แห่ง</p> <p><b>มาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด</b> หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวทางทะเล รวมทั้งการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการดำเนินการ 5 ระดับ ได้แก่</p> <p><b>ระดับ 1</b> มีการแต่งตั้งคณะทำงานการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล หรือ คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานอื่นใดก็ได้ ที่สามารถดำเนินการจัดระบบบริการฯ ได้อย่างสอดคล้องเชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่เกาะ</p> <p><b>ระดับ 2</b> หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในอำเภอหรือจังหวัดที่มีพื้นที่เกาะ จัดทำแผนบูรณาการร่วมกันให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล</p> <p><b>ระดับ 3</b> หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีระบบการจัดการภัยทางทะเล อาทิเช่น การสัมผัสแมงกะพรุนพิษ การถูกสัตว์ทะเลทำร้าย ภาวะบาดเจ็บจากการจมน้ำ ดำน้ำ (โรคน้ำหนึบ) หรือภัยจากกระแสน้ำดูด เป็นต้น</p> <p><b>ระดับ 4</b> หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายเป้าหมายมีการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ อาทิเช่น ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ เป็นต้น</p> <p><b>ระดับ 5</b> หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายเป้าหมายมีการจัดระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อาทิเช่น อุบัติเหตุหมู่ เรือล่ม เป็นต้น และภัยธรรมชาติต่างๆ เช่น สึนามิ น้ำท่วม ดินถล่ม, การควบคุมโรคติดต่อที่มาจากนักท่องเที่ยว เช่น SARS , MERS, COVID-19 เป็นต้น</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการใน 11 จังหวัด(98 แห่ง จากทั้งหมด 98 แห่ง)
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวทางทะเลให้ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เกาะ และหน่วยบริการที่เป็นแม่ข่ายใน 11 จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 98 แห่ง ประกอบด้วย 1. โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 2. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน (รพท. /รพช.) 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัด
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เกาะ 11 จังหวัด ทั้งสิ้น 98 แห่ง 2. กองบริการการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่มีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เกาะ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อนางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ				
KRA ที่ 13	ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขในพื้นที่พิเศษ				
ตัวชี้วัดที่ 115	ร้อยละแรงงานต่างด้าวมีหลักประกันสุขภาพ (KPIT)				
นิยามตัวชี้วัด	แรงงานต่างด้าวมีหลักประกันสุขภาพ หมายถึง แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล มีผลการตรวจสุขภาพ ผ่าน (ประเภท 1 หรือ ประเภท 2) และได้ทำประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข โดยบันทึกข้อมูลการทำประกันสุขภาพ ที่เว็บไซต์ <a href="https://fwf.cfo.in.th">https://fwf.cfo.in.th</a>				
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	2565	2566	2567	2568	2569
	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพคนต่างด้าวและผู้ติดตาม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	แรงงานต่างด้าวที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลและมีผลการตรวจสุขภาพ ผ่าน (ประเภท 1 หรือ 2)				
แหล่งข้อมูล	1. รายงานการขายบัตรประกันสุขภาพทุกประเภท (ไม่นับผู้ติดตามที่อายุ < 7 ปี และบัตร 500 บาท (นับ 1 ครั้ง/ปี)) 2. รายงานการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ทำประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข ในระยะเวลาที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนแรงงานต่างด้าวทั้งหมดที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลและมีผลการตรวจสุขภาพ ผ่าน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางปรารักษ์ภัสสร จันทร์ทองภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันฯ หมายเลขโทรศัพท์ 064-110 6125				

ประเด็นการพัฒนาที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ				
KRA ที่ 13	ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขในพื้นที่พิเศษ				
ตัวชี้วัดที่ 116	ร้อยละโรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์ (KPIT)				
นิยามตัวชี้วัด	<p>รพ.มีระบบการบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์หมายถึงรพ.มีการกำหนดรูปแบบการจัดการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร รพ.พร้อมประกาศอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้ประชาชนทราบ และมีระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สำหรับรองรับการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของนักท่องเที่ยว/ชาวต่างชาติ ที่สะดวก</p> <p>หลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการกำหนดรูปแบบการจัดการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร รพ.ไม่ครบทุกสิทธิ = 1 คะแนน</li> <li>- มีการกำหนดรูปแบบการจัดการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร รพ.ครบทุกสิทธิ = 2 คะแนน</li> <li>- มีการกำหนดรูปแบบการจัดการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร รพ.ครบทุกสิทธิและมีการจัดทำประกาศอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้ประชาชนทราบ = 3 คะแนน</li> <li>- มีการกำหนดรูปแบบการจัดการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร รพ.ครบทุกสิทธิ และมีการจัดทำประกาศอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้ประชาชนทราบ และมีการติดตามทวงหนี้เป็นลายลักษณ์อักษร = 4 คะแนน</li> <li>- มีการกำหนดรูปแบบการจัดการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร รพ.ครบทุกสิทธิ มีการจัดทำประกาศอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้ประชาชนทราบ มีการติดตามทวงหนี้เป็นลายลักษณ์อักษร และรพ.มีระบบรองรับอำนวยความสะดวกการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ต่างชาติและต่างด้าวด้วยเครื่องรูดบัตรเครดิตหรือ QR code = 5 คะแนน</li> </ul>				
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	2565	2566	2567	2568	2569
	≥ 80	≥ 80	≥ 80	≥ 80	≥ 80
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้นักท่องเที่ยว/ชาวต่างชาติเข้าถึงบริการ</p> <p>เพื่อให้หน่วยบริการได้รับการชดเชยบริการทางการแพทย์ที่ครบถ้วน</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการทุกสิทธิ รวมถึงนักท่องเที่ยว/ชาวต่างชาติ				
แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจสอบระบบการบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคะแนนที่ได้	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคะแนนทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางปราณีภัทสร จันทร์ทองภักดี กลุ่มงานประกันสุขภาพ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 064-110 6125

ประเด็นการพัฒนานที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ
KRA ที่ 14	ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศและพื้นที่ชายแดน
ตัวชี้วัดที่ 117	ร้อยละของกิจกรรมสาธารณสุขชายแดนในประเทศที่ดำเนินการได้ตามแผน (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	กิจกรรมสาธารณสุขชายแดน หมายถึง กิจกรรมในงานสาธารณสุขชายแดนตามแผนที่กำหนดไว้ในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณดำเนินการจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชายแดน ให้มีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภายในพื้นที่ชายแดน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงานสาธารณสุขชายแดน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกิจกรรมที่ดำเนินการได้ตามแผนงานสาธารณสุขชายแดน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกิจกรรมตามแผนงานสาธารณสุขชายแดน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒหน้าที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ
KRA ที่ 14	ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศและพื้นที่ชายแดน
ตัวชี้วัดที่ 118	ร้อยละของผลากผลิตภัณฑ์สุขภาพชายแดนที่ได้รับการคุ้มครองมีความถูกต้อง (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	กิจกรรมสาธารณสุขชายแดน หมายถึง กิจกรรมในงานสาธารณสุขชายแดนตามแผนที่กำหนดไว้ในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณดำเนินการจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชายแดน ให้มีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภายในพื้นที่ชายแดน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงานสาธารณสุขชายแดน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกิจกรรมที่ดำเนินได้ตามแผนงานสาธารณสุขชายแดน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกิจกรรมตามแผนงานสาธารณสุขชายแดน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.นิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ
KRA ที่ 14	ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศและพื้นที่ชายแดน
ตัวชี้วัดที่ 119	ร้อยละของกิจกรรมระหว่างประเทศด้านการบริหารจัดการที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	กิจกรรมระหว่างประเทศด้านการบริหารจัดการ หมายถึง กิจกรรมสาธารณสุขด้านการบริหารจัดการระหว่างจังหวัดตราดและจังหวัดเกาะกง ภายใต้แผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และลดปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนชาวไทย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกิจกรรมด้านการบริหารจัดการ ที่ดำเนินได้ตามแผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกิจกรรมด้านการบริหารจัดการ ตามแผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนานที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ
KRA ที่ 14	ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศและพื้นที่ชายแดน
ตัวชี้วัดที่ 120	ร้อยละของกิจกรรมระหว่างประเทศด้านการควบคุมโรคที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	กิจกรรมระหว่างประเทศด้านการควบคุมโรค หมายถึง กิจกรรมสาธารณสุขด้านการควบคุมโรคระหว่างจังหวัดตราดและจังหวัดเกาะกง ภายใต้แผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อระบบการควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และลดปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนชาวไทย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกิจกรรมด้านการควบคุมโรค ที่ดำเนินได้ตามแผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกิจกรรมด้านการควบคุมโรค ตามแผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อนางสาวนิตยา วัชรรัตน์โสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ
KRA ที่ 14	ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศและพื้นที่ชายแดน
ตัวชี้วัดที่ 121	ร้อยละของกิจกรรมระหว่างประเทศด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	กิจกรรมระหว่างประเทศด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ หมายถึง กิจกรรมสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ ระหว่างจังหวัดตราดและจังหวัดเกาะกง ภายใต้แผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อระบบการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างประเทศ ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในจังหวัดตราด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลคลองใหญ่
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ ที่ดำเนินได้ตามแผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ ตามแผนงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาความร่วมมือไทย-กัมพูชา สาขาสาธารณสุข ปี 2565
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษ
KRA ที่ 14	ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศและพื้นที่ชายแดน
ตัวชี้วัดที่ 122	ร้อยละสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน ผ่านเกณฑ์ Friendly Service (อ.คลองใหญ่ , อ.บ่อไร่) (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1. สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน</b> หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขซึ่งตั้งในพื้นที่ซึ่งมีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านคือ ระหว่างจังหวัดตราด และประเทศกัมพูชา ในที่นี้ ได้แก่ โรงพยาบาลคลองใหญ่ และโรงพยาบาลบ่อไร่</p> <p><b>2. เกณฑ์ Friendly Service</b> หมายถึง เกณฑ์การประเมินบริการที่เป็นมิตร ตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 1 การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์และผังการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขด้วยภาษาของประเทศเพื่อนบ้านและภาษาอังกฤษ</p> <p>ข้อที่ 2 การจัดทำสื่อและช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ประชากรต่างด้าวเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้วยภาษาของประเทศเพื่อนบ้านและภาษาอังกฤษ</p> <p>ข้อที่ 3 การปรับทัศนคติของผู้ให้บริการในการให้บริการแก่ประชากรต่างด้าว และการเรียนรู้วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของประชากรต่างด้าว</p> <p>ข้อที่ 4 จัดให้มีบุคลากรที่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยต่างด้าว</p> <p>ข้อที่ 5 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการสื่อสารภาษาประเทศเพื่อนบ้าน</p> <p>ข้อที่ 6 สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนผ่านมาตรฐาน HA หรือ รพ.สต.ติดดาว</p> <p><b>3. ผ่านเกณฑ์ Friendly Service</b> หมายถึง มีการดำเนินการอย่างน้อย 4 ใน 6 ข้อ</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบบริการรองรับผู้ป่วยต่างด้าว ให้ได้รับบริการอย่างเป็นมิตร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลคลองใหญ่ และโรงพยาบาลบ่อไร่
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการประเมินตามเกณฑ์ Friendly Service
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ Friendly Service
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 15	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนามาตรฐานคุณภาพระบบบริหารงานสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 123	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
นิยามตัวชี้วัด	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 8 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต และ (8) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 92
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน</li> <li>2. เพื่อเพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับ</li> </ol>

	<p>นโยบาย</p> <p>ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร</p> <p>3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>2. โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง</li> <li>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 หน่วยงาน</li> <li>4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT)</li> <li>2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี)</li> <li>2. ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี)</li> <li>3. ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี)</li> <li>4. ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)</li> </ol>
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นายกิตติพงษ์ โตสติ                      ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>กลุ่มงานกฎหมาย                                      หมายเลขโทรศัพท์ 081-8646469</p>

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 15	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนามาตรฐานคุณภาพระบบบริหารงานสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 124	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
นิยามตัวชี้วัด	<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>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทาง ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานต่างๆ ของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A0=0จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B0=0จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการประเมิน และจัดส่งรายงานผลการประเมินให้กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงภายในระยะเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ น.ส.ปราณทิพย์ ทศรัตน์ปรียากุล ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป หมายเลขโทรศัพท์ 092-5492356</p>

ประเด็นการพัฒนาค่าที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 15	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนามาตรฐานคุณภาพระบบบริหารงานสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 125	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์องค์กรคุณธรรม (สสจ./สสอ./รพ.) (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	องค์กรที่ผู้นำและสมาชิกขององค์กรแสดงเจตนารมณ์และมุ่งมั่นดำเนินการส่งเสริมคุณธรรมในองค์กรและเป็นองค์กรที่มีส่วนร่วมสร้างสังคมคุณธรรม
คำเป้าหมาย	การบริหารจัดการระบบสนับสนุนทางสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล ทันสมัย มีคุณภาพ และเป็นองค์กรคุณธรรมที่มีความสุขครบ 4 ด้าน
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้คนในองค์กรมีทัศนคติ วิธีคิด และการประพฤติปฏิบัติที่สะท้อนการมีคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่ดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สสจ./สสอ./รพ.
แหล่งข้อมูล	
รายการข้อมูล 1	A=หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์องค์กรคุณธรรม
รายการข้อมูล 2	B=หน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อนายกิตติพงษ์ โตสติ ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานกฎหมาย หมายเลขโทรศัพท์ 081-8646469

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 15	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนามาตรฐานคุณภาพระบบบริหารงานสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 126	ร้อยละการขับเคลื่อนกิจกรรมได้ตามแผน (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>แผน หมายถึง แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพปี 2565 ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่ได้รับความเห็นชอบจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราดเรียบร้อยแล้ว</p> <p>การขับเคลื่อนกิจกรรมตามแผน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในเวลาที่กำหนด โดยไม่นับรวมกิจกรรมที่ขอยกเลิก หรือเลื่อนระยะเวลาออกไปนอกช่วงเวลาที่ประเมิน</p> <p>รอบ 6 เดือน คือ ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565</p> <p>รอบ 12 เดือน คือ ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เดือนกันยายน 2565</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพปี 2565 ระดับอำเภอ และประเมินประสิทธิภาพการวางแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.ทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ปี 2565
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกิจกรรมที่ดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ปี 2565 ของ คปสอ. ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ปี 2565 ของ คปสอ. ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน, 12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805

ประเด็นการพัฒนาคี่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 15	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนามาตรฐานคุณภาพระบบบริหารงานสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 127	ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณได้ตามแผน (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>แผน หมายถึง แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพปี 2565 ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่ได้รับความเห็นชอบจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราดเรียบร้อยแล้ว</p> <p>การเบิกจ่ายงบประมาณตามแผน หมายถึง การเบิกจ่าย และก้อหนดผู้กัพันเงินงบประมาณ , เงินบำรุง หรือแหล่งเงินอื่น สำหรับดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในเวลาที่กำหนด โดยไม่นับรวมการใช้จ่ายเงินกิจกรรมที่ขอยกเลิก หรือเลื่อนระยะเวลาออกไปนอกช่วงเวลาที่เหมาะสม</p> <p>รอบ 6 เดือน คือ ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565</p> <p>รอบ 12 เดือน คือ ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เดือนกันยายน 2565</p>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพปี 2565 ระดับอำเภอ และประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณระดับอำเภอ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.ทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ปี 2565
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงบประมาณที่สามารถเบิกจ่ายหรือก้อหนดผู้กัพันได้ตามแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ปี 2565 ของ คปสอ. ในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนงบประมาณของกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ปี 2565 ของ คปสอ. ในเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน, 12 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นางสาวนิตยา วัชรตันโสภณ ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8619805</p>

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 15	ร้อยละความสำเร็จการพัฒนามาตรฐานคุณภาพระบบบริหารงานสาธารณสุข
ตัวชี้วัดที่ 128	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
ตัวชี้วัดที่ 129	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ</b> หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย</p> <p>1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2564- 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี</li> <li>2. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)</li> <li>3. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน</li> <li>4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ</li> <li>5. ดำเนินการแผนพัฒนาองค์กร</li> <li>6. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กร และผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด</li> <li>7. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย 1 เรื่อง</li> </ol>
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และ



ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 16	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ 130	ร้อยละของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ</b> หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา คุ้มครองรักษา และใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังนี้</p> <p><b>1.1 มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ</b> หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่างสำหรับใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ</p> <p><b>1.2 มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง</b></p> <p>1) ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด</p> <p>2) ตำแหน่งว่างเป้าหมาย ณ วันที่ 1 ต.ค. 64 หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงาน ดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่าง และตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุง การรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่นและตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อน ไปเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ</p> <p>3) แผนบริหารตำแหน่งว่าง หมายถึง การกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น</p>



ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 16	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ 131	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นที่ได้รับการพัฒนา
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>1. ตำแหน่งที่สูงขึ้น</b> หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการที่ทำหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ทางการบริหาร ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) รองผู้อำนวยการ</li> <li>2) หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/ศูนย์</li> <li>3) หัวหน้าพยาบาล</li> <li>4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน</li> <li>5) สาธารณสุขอำเภอ</li> <li>6) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ</li> <li>7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล/ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ</li> </ol> <p><b>2. ตำแหน่งว่าง</b> หมายถึง ตำแหน่งว่างตามข้อ 1 จากการเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณถัดไป โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก และตำแหน่งว่างจากสาเหตุการโอนไปส่วนราชการอื่น ฯลฯ</p> <p><b>3. บุคลากรที่มีความพร้อม</b> หมายถึง บุคลากรประเภทข้าราชการที่มีคุณสมบัติและ/หรือมีความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น</p> <p><b>4. สมรรถนะตามตำแหน่งที่สูงขึ้น</b> หมายถึง สมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) สภาวะผู้นำ (Leadership)</li> <li>2) วิสัยทัศน์ (Visioning)</li> <li>3) การวางกลยุทธ์ภาครัฐ (Strategic Orientation)</li> <li>4) ศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน (Change Leadership)</li> <li>5) การควบคุมตนเอง (Self-Control)</li> <li>6) การสอนงานและการมอบหมายงาน (Coaching and Empowering Others)</li> </ol> <p><b>5. การพัฒนา</b> หมายถึง กระบวนการที่มุ่งจะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ความรู้ ความสามารถ ทักษะและทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปทางที่ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสามารถปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การอบรม/สัมมนา โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคล</li> <li>2) การจัดส่งบุคลากร ไปอบรม/สัมมนา/ศึกษาต่อ กับหน่วยงานภายนอก</li> </ol>



ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 16	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ 132 ตัวชี้วัดที่ 133	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
นิยามตัวชี้วัด	<b>องค์กรแห่งความสุข</b> หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์ <b>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</b> หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
ค่าเป้าหมาย	1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) สามารถ นำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) : บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1) ข้าราชการ 2) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 3) พนักงานราชการ 4) ลูกจ้างประจำ 5) ลูกจ้างชั่วคราว 2. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และ สสอ. (รวม รพ.สต.)
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน



ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ 134	ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
นิยามตัวชี้วัด	การใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน หมายถึง การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน โดยผู้รับบริการใช้บริการและเบิกจ่ายตามสิทธิหลักในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 สิทธิหลัก ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CS) และสิทธิประกันสังคม (SS) ความแตกต่างการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้ง ความแตกต่างของการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน ของแต่ละสิทธิหลัก เทียบกับ จำนวนครั้งการใช้สิทธิในภาพรวมประเทศของทั้ง 3 สิทธิ โดยคำนวณเทียบ อัตราการใช้สิทธิ (compliance rate) ที่ได้จากการสำรวจโดยสน.สถิติแห่งชาติ กับ จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของ 3 สิทธิหลัก
ค่าเป้าหมาย	$\leq 112,800$ ครั้ง
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมิน ความแตกต่างของการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของ 3 ระบบ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพของ 3 ระบบ
แหล่งข้อมูล	A : ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปี) ปีที่ไม่มีข้อมูล จะใช้ข้อมูลของปีที่ผ่านมา B : ข้อมูลจำนวนครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน ของสิทธิหลัก 3 สิทธิ
รายการข้อมูล 1	B : ข้อมูลจำนวนครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน ของสิทธิหลัก 3 สิทธิ
รายการข้อมูล 2	ค่าเฉลี่ยความต่างอัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน ของแต่ละสิทธิ เทียบกับภาพรวมทั้งหมด $X =$ อัตราการใช้สิทธิ ของแต่ละสิทธิ : CR-CS, CR-SS, CR-UC อัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ : CR-T $Y =$ ความต่างอัตราการใช้สิทธิแต่ละสิทธิเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ : CRdif.-CS, CRdif.-SS, CRdif.-UC (โดยที่ CRdif.-CS = dif ของ CR-CS & CR-T, CRdif.-SS = dif ของ CR-SS & CR-T, CRdif.-UC = dif ของ CR-UC & CR-T) $Z =$ ค่าเฉลี่ย { CRdif.-CS, CRdif.-SS, CRdif.-UC }
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$Z \times B / 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายอภิวัช ภาอุทัยศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานประกันฯ หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 451

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ 135	ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>สิทธิประโยชน์</b> หมายถึง กลุ่มรายการบริการสุขภาพทั้งหมดที่กำหนดในกฎหมาย ซึ่งอาจกำหนดในรัฐธรรมนูญ หรือกฎหมายเฉพาะสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ</p> <p><b>สิทธิประโยชน์กลาง</b> หมายถึง ชุดสิทธิประโยชน์กลางที่กองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 กองทุน มีกลไกการพิจารณาร่วมกันและเห็นพ้องว่าเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพจะได้รับอย่างเท่าเทียมกันภายใต้แนวคิดความคุ้มค่า ความเป็นธรรมและความสามารถในการจ่ายของกองทุน</p> <p><b>บริการสุขภาพปฐมภูมิ</b> หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ</p> <p><b>ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ</b> หมายถึง ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ระบบประกันสังคม (สิทธิประโยชน์ กรณีเจ็บป่วย) และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p><b>ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ</b> หมายถึง การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด 5 ขั้นตอน</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง วิธีการจัดบริการภายใต้ ชุดสิทธิประโยชน์กลางและการจ่ายชดเชยการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพฯ ตามประกาศคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563 เพื่อนำเข้า 1.1 คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ 1.2 คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ</li> <li>2. วางแผนปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ</li> </ol> <p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> ดำเนินการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ</p>

	<p><b>ขั้นตอนที่ 3</b></p> <p>มี “ร่างการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ”</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 4</b></p> <p>ประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ “ร่างการปรับปรุง ชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ”</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 5</b></p> <p>5.1 สังเคราะห์และจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ “รายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ”</p> <p>5.2 นำเสนอผลการจัดทำ “รายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแล ปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ” ต่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข หรือ คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลปฐมภูมิ</p> <p>5.3 เผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป</p>
คำเป้าหมาย	มีการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของ 3 ระบบ
วัตถุประสงค์	เพื่อมีกลไกการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับ สิทธิประโยชน์กลาง ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก ได้แก่ 1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2. ระบบประกันสังคม 3. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
รายการข้อมูล 1	A = ขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A (ประเมินความสำเร็จ ขั้นตอนการดำเนินงานที่ 5)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายอวิรัช ภาอุทัยศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานประกันฯ หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 451

ประเด็นการพัฒนานี้ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ 136	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7
ตัวชี้วัดที่ 137	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน</b> หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>2. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>5. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย</li> </ol> <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 <math>CR &lt; 1.5</math></li> <li>1.2 <math>QR &lt; 1.0</math></li> <li>1.3 <math>Cash &lt; 0.8</math></li> </ol> </li> <li>2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) <math>&lt; 0</math></li> <li>2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดหน่วย Net Income NI) <math>NI &lt; 0</math></li> </ol> </li> <li>3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 <math>NWC/ANI</math> ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด <math>&lt; 3</math> เดือน*</li> <li>3.1 <math>NWC/ANI</math> ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด <math>&lt; 6</math> เดือน</li> </ol> </li> </ol> <p>*โดยให้น้ำหนักของ <math>NWC/ANI</math> ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด <math>&lt; 3</math> เดือน มากกว่าตัว</p>

	<p>แปรรูป 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังตาราง 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>ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง</p> <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้น ไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหามาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p> <p>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2565</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>
คำเป้าหมาย	<p>1.ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4</p> <p>2.ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 6</p>
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง</p> <p>2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ</p> <p>3. เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานในการสนับสนุนหน่วยบริการ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	1.ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบ

	ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 2.ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายอวิรัช ภาอุทัยศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานประกันฯ หมายเลขโทรศัพท์ 039-511011 ต่อ 451

ประเด็นการพัฒนาระดับที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล												
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ												
ตัวชี้วัด 138	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการการเงินการคลัง (KPIT)												
ตัวชี้วัดย่อย	<p>PI 1 หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย</p> <p>PI 2 หน่วยบริการมี Risk Score ของ Planfin ไม่เกินระดับ 4</p> <p>PI 3 หน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน</p> <p>PI 4 หน่วยบริการ มีค่า CMI ผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย</p> <p>PI 5 หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>												
นิยามตัวชี้วัด	<p>การบริหารการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการมีส่วนร่วมโดยทีม CFO มีและใช้แผน planfin และแผนเงินบำรุง และใช้ข้อมูลด้านการเงินในการวิเคราะห์สถานการณ์ มีส่วนสำคัญต่อการเฝ้าระวังเพื่อประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนพัฒนาหรือแก้ปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการภายใต้แนวคิดการเงินของหน่วยบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forecast Financial Statement (พยากรณ์การเงิน)</li> <li>- Root Cause Analysis(RCA) (การวิเคราะห์ห้วงค์กร)</li> <li>- Management Assisting Tool (เครื่องมือช่วยผู้บริหาร)</li> <li>- Benchmarking Company Status (เปรียบเทียบ)</li> </ul>												
ค่าเป้าหมาย	<p>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ตัวชี้วัด (PI)</th> <th style="text-align: center;">ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PI 1 หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย</td> <td>หน่วยบริการทุกแห่ง มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย</td> </tr> <tr> <td>PI 2 หน่วยบริการมี Risk Score ของ Planfin ไม่เกินระดับ 4</td> <td>ไม่เกินระดับ 4</td> </tr> <tr> <td>PI 3 หน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน</td> <td>ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน</td> </tr> <tr> <td>PI 4 หน่วยบริการ มีค่า CMI ผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย</td> <td>ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยกลุ่มรพ.</td> </tr> <tr> <td>PI 5 หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565	PI 1 หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการทุกแห่ง มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย	PI 2 หน่วยบริการมี Risk Score ของ Planfin ไม่เกินระดับ 4	ไม่เกินระดับ 4	PI 3 หน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน	ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน	PI 4 หน่วยบริการ มีค่า CMI ผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยกลุ่มรพ.	PI 5 หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565												
PI 1 หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการทุกแห่ง มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย												
PI 2 หน่วยบริการมี Risk Score ของ Planfin ไม่เกินระดับ 4	ไม่เกินระดับ 4												
PI 3 หน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน	ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน												
PI 4 หน่วยบริการ มีค่า CMI ผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยกลุ่มรพ.												
PI 5 หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80												

วัตถุประสงค์	- เพื่อให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังสถานะทางการเงินโดยการมีส่วนร่วมของทีม CFO - เพื่อให้มีระบบกำกับติดตามเฝ้าระวังโดยใช้ Scoring System
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	- ข้อมูลบทยอดจาก <a href="https://hfo65.cfo.in.th">https://hfo65.cfo.in.th</a> ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลทุกเดือน - ข้อมูลจาก <a href="https://dhes.moph.go.th">https://dhes.moph.go.th</a> ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลทุกเดือน - ข้อมูลผู้ป่วยในจากรายงาน Hos XP - ข้อมูลการตรวจประเมินผลการดำเนินงานการจัดการรายได้ คุณภาพบัญชี - ข้อมูลจาก CMI@MOP
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนรวม PI 1 – PI 5 ที่ประเมินได้
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนรวมตาม PI 1 – PI 5 ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B*100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวา เกษโกวิท ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล						
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด 139	หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย (PI 1) (KPIT)						
นิยามตัวชี้วัด	<p>หน่วยบริการที่รายได้สูง/ต่ำ กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income or EBIDA) เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินได้ ดังนั้นหากมีผลการดำเนินงานที่สามารถ สร้างรายได้ให้มากกว่าค่าใช้จ่าย หรือการสร้างผลกำไรในการประกอบการ แสดงถึงความ มั่นคงทางการเงินและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหนี้สินได้ และสามารถลงทุนได้</p> <p>หน่วยบริการที่มีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย ต้องเฝ้าระวังและมีการปรับประสิทธิภาพ (Letter Of Intent:การหารายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย) ทุกไตรมาส</p> <p>ความสำเร็จเกิดจากการที่หน่วยบริการดำเนินงานและเกิดรายได้ โดยต้องบันทึก ข้อมูลให้เป็นปัจจุบันที่สุด และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน</p> <table border="1" data-bbox="502 907 1471 1070"> <thead> <tr> <th colspan="2">ค่าคะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ส่วนต่างรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย</td> <td>ส่วนต่างรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย</td> </tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน		0	1	ส่วนต่างรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย	ส่วนต่างรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย
ค่าคะแนน							
0	1						
ส่วนต่างรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย	ส่วนต่างรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย						
ค่าเป้าหมาย	<table border="1" data-bbox="502 1079 1471 1189"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด (PI)</th> <th>ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย</td> <td>มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565	หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย	มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย		
ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565						
หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย	มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อให้หน่วยบริการมีงบประมาณเพียงพอในการบริหารจัดการและจัดบริการได้อย่างมี คุณภาพ</li> <li>เพื่อให้หน่วยบริการมีความมั่นคงทางการเงิน</li> </ol>						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง						
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลงบทดลองจาก <a href="https://dhes.moph.go.th/">https://dhes.moph.go.th/</a> ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลทุกเดือน						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายได้จากการดำเนินงาน						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A-B)						
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส						
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวรา เกษโกวิท ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ						
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366						

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล															
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ															
ตัวชี้วัด 140	หน่วยบริการมี Risk Score ของ Planfin ไม่เกินระดับ 4 (PI 2) (KPIT)															
นิยามตัวชี้วัด	<p>การวิเคราะห์ตาราง Planfin Analysis ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความเสี่ยงด้านกระแสเงินสดรายได้ <math>\geq</math> ค่าใช้จ่ายหมายถึงรวมรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน)</li> <li>2. ความเสี่ยงด้านการลงทุนการลงทุนไม่เกิน 20% EBITDA</li> <li>3. ความเสี่ยงด้านเงินทุนหมุนเวียนเงินทุนสำรองไม่น้อยกว่า 1 เดือน</li> </ol> <p>การวิเคราะห์ Risk Planfin แปลผลเป็น 7 ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. normal (ความเสี่ยงอยู่ในภาวะปกติ) ได้แก่ ระดับ 1</li> <li>2. Low Risk (ความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย) ได้แก่ ระดับ 2,3,5 ต้องทบทวนการลงทุนอีกครั้ง ทำ Feasibility study ปรับ EBITDA ให้เป็น +</li> <li>3. Medium Risk (ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง) ได้แก่ ระดับ 4,6,7 ต้องการจัดการรายได้เพิ่ม และการเฝ้าระวังค่าใช้จ่าย และ เฝ้าระวังคือการลงทุนด้วยเงินบำรุง</li> <li>๔. High Risk (ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง) ได้แก่ ระดับ 8 ต้องปรับ EBITDA ให้เป็น + และ ชะลอการลงทุน</li> </ol> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="5">ค่าคะแนน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>High Medium Risk (ระดับ 8)</td> <td>Medium Risk (ระดับ 6,7)</td> <td>Medium Risk (ระดับ 4)</td> <td>Low Risk (ระดับ 2,3,5)</td> <td>Normal (ระดับ 1)</td> </tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	High Medium Risk (ระดับ 8)	Medium Risk (ระดับ 6,7)	Medium Risk (ระดับ 4)	Low Risk (ระดับ 2,3,5)	Normal (ระดับ 1)
ค่าคะแนน																
๑	๒	๓	๔	๕												
High Medium Risk (ระดับ 8)	Medium Risk (ระดับ 6,7)	Medium Risk (ระดับ 4)	Low Risk (ระดับ 2,3,5)	Normal (ระดับ 1)												
ค่าเป้าหมาย	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ตัวชี้วัด (PI)</th> <th>ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">หน่วยบริการมี Risk Score ของ Planfin</td> <td>ไม่เกินระดับ 4</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด (PI)		ปีงบประมาณ 2565	หน่วยบริการมี Risk Score ของ Planfin		ไม่เกินระดับ 4									
ตัวชี้วัด (PI)		ปีงบประมาณ 2565														
หน่วยบริการมี Risk Score ของ Planfin		ไม่เกินระดับ 4														
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีวางแผนโดยจัดทำแผนและกำกับติดตามการดำเนินงานตาม Planfin ควบคู่กับปฏิบัติตาม LOI วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง															
แหล่งข้อมูล	การจัดทำแผน Planfin และการวิเคราะห์จากแผน Planfin ปีงบประมาณ 2564															
รายการข้อมูล 1	A = ข้อมูลความเสี่ยงด้านกระแสเงินสดรายได้ $\geq$ ค่าใช้จ่ายหมายถึงรวมรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน)															
รายการข้อมูล 2	B = ข้อมูลความเสี่ยงด้านการลงทุนการลงทุนไม่เกิน 20% EBITDA															
รายการข้อมูล 3	C = ความเสี่ยงด้านเงินทุนหมุนเวียนเงินทุนสำรองไม่น้อยกว่า ๑ เดือน															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	นำข้อมูล A B และ C แปรผลตามเกณฑ์การวิเคราะห์ของกระทรวง															

ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง/ปี	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวา เกษโกวิท	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล	
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัด 141	หน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน (PI 3) (KPIT)	
นิยามตัวชี้วัด	<p>การจัดทำต้นทุนหน่วยบริการ หมายถึง พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ ในการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการทั้งด้านบุคลากรงบประมาณและงานบริการ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกหน่วยบริการจัดทำต้นทุนบริการ เนื่องจากสะท้อนส่งผลให้เพื่อประกอบการจัดระบบคลัง การจัดซื้อ ร่วม การควบคุมค่าใช้จ่าย การใช้ทรัพยากรร่วม วางแผนการดำเนินงานใฝ่ระยะวิ้ง สถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ ซึ่งประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาระบบบัญชี</li> <li>2. พัฒนาระบบข้อมูลด้านการเงิน และข้อมูลบริการ</li> <li>3. ควบคุม กำกับ และตรวจสอบการบันทึกข้อมูลด้านการเงิน และข้อมูลบริการ ให้ครบถ้วน ถูกต้อง</li> <li>4. วิเคราะห์ต้นทุนบริการเสนอต่อผู้บริหาร</li> </ol> <p>หลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีต้นทุน OP และ IP ต่อหน่วย เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน = 1 คะแนน</li> <li>- มีต้นทุน OP หรือ IP ต่อหน่วย อย่างไม่อย่างหนึ่งไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกันและข้อมูลบริการไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน = 2 คะแนน</li> <li>- มีต้นทุน OP หรือ IP ต่อหน่วย อย่างไม่อย่างหนึ่งไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกันและข้อมูลบริการถูกต้องครบถ้วน = 3 คะแนน</li> <li>- มีต้นทุน OP และ IP ต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกันและข้อมูลบริการไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน = 4 คะแนน</li> <li>- มีต้นทุน OP และ IP ต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกันและข้อมูลบริการถูกต้องครบถ้วน = 5 คะแนน</li> </ul>	
ค่าเป้าหมาย	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565
	หน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน เกณฑ์	ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ เดียวกัน

วัตถุประสงค์	เพื่อบริหารจัดการต้นทุน LC MC CC ให้สอดคล้องกับงานบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	การวิเคราะห์จากข้อมูลประกอบงบ, ข้อมูลต้นทุนหน่วยงาน (Quick Method) ข้อมูลงบทดลองจาก <a href="https://hfo65.cfo.in.th">https://hfo65.cfo.in.th</a> ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลทุกเดือน
รายการข้อมูล 1	A = ต้นทุน OP
รายการข้อมูล 2	B = ต้นทุน IP
รายการข้อมูล 3	C = เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่ม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	นำข้อมูล A และ B เทียบ C
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวรา เกษโกวิท      ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ      หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล																														
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ																														
ตัวชี้วัด 142	หน่วยบริการมีค่า CMI ผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยที่กำหนด (PI 4) (KPIT)																														
นิยามตัวชี้วัด	<p>ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วเฉลี่ย (Average Adjusted RW) หรือ case mixed index (CMI) เป็นการประเมินความยากง่ายของกลุ่มผู้ป่วยในที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาล ศักยภาพในการรักษาพยาบาลและวินิจฉัยโรคว่าอยู่ในมาตรฐานหรือไม่ ตลอดจนการใช้ทรัพยากรและผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่วนหนึ่ง ขึ้นกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ใช้บริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉลี่ย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Case Mixed Index (CMI) หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด (Adj.RW/ผู้ป่วยใน)</li> <li>-ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) หมายถึง ค่าเฉลี่ยของการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วย เทียบกับต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด</li> <li>-ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในทั้งหมด หมายถึง ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Adj.RW) ของผู้ป่วยในทุกรายในช่วงเวลาที่กำหนด</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="5">ค่าคะแนน รพท.</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>CMI 1.0</td> <td>CMI 1.1</td> <td>CMI 1.2</td> <td>CMI 1.3</td> <td>CMI 1.4</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="5">ค่าคะแนน รพช.</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>CMI 0.3</td> <td>CMI 0.4</td> <td>CMI 0.5</td> <td>CMI 0.6</td> <td>CMI 0.7</td> </tr> </table>	ค่าคะแนน รพท.					1	2	3	4	5	CMI 1.0	CMI 1.1	CMI 1.2	CMI 1.3	CMI 1.4	ค่าคะแนน รพช.					1	2	3	4	5	CMI 0.3	CMI 0.4	CMI 0.5	CMI 0.6	CMI 0.7
ค่าคะแนน รพท.																															
1	2	3	4	5																											
CMI 1.0	CMI 1.1	CMI 1.2	CMI 1.3	CMI 1.4																											
ค่าคะแนน รพช.																															
1	2	3	4	5																											
CMI 0.3	CMI 0.4	CMI 0.5	CMI 0.6	CMI 0.7																											
ค่าเป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 50%;">ตัวชี้วัด (PI)</th> <th style="width: 50%;">ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> <tr> <td>หน่วยบริการมีค่า CMI ผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยที่กำหนด</td> <td>รพท. มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.20 รพช. มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.60</td> </tr> </table>	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565	หน่วยบริการมีค่า CMI ผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยที่กำหนด	รพท. มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.20 รพช. มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.60																										
ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565																														
หน่วยบริการมีค่า CMI ผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยที่กำหนด	รพท. มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.20 รพช. มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.60																														
วัตถุประสงค์	วิเคราะห์ศักยภาพในการให้บริการ และความสามารถในการใช้ทรัพยากร																														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดในเดิอนนั้นๆ																														
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลผู้ป่วยในจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม																														
รายการข้อมูล 1	A = ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด (Adj.RW)																														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดในเดิอนนั้นๆ																														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)																														
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส																														
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางประไพพรรณ นาชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ																														
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 09 9347 0850																														

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล															
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ															
ตัวชี้วัด 143	หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (PI 5) (KPIT)															
นิยามตัวชี้วัด	<p>การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านเกณฑ์ ซึ่งเน้นความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทุกเดือน ระบบข้อมูลบัญชีที่ดีและมีคุณภาพ ของหน่วยบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง ประเด็นการตรวจสอบประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.หมวดสินทรัพย์ (เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด)</li> <li>2.หมวดสินทรัพย์ (ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล)</li> <li>3. หมวดสินทรัพย์ (วัสดุคงคลัง)</li> <li>4. หมวดสินทรัพย์ (สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน)</li> <li>5. หมวดทุน</li> <li>6. เจ้าหนี้/ค่าใช้จ่าย/ใบสำคัญค้ำจ่าย/ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย</li> <li>7. หมวดเงินกองทุนและเงินรับฝากต่าง ๆ</li> <li>8. รายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น</li> <li>9. หมวดค่าใช้จ่าย</li> </ol> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">ค่าคะแนน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๖๐(D)</td> <td>ร้อยละ ๗๐(C)</td> <td>ร้อยละ ๘๐(B)</td> <td>ร้อยละ ๙๐(A)</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐ (A+)</td> </tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ ๖๐(D)	ร้อยละ ๗๐(C)	ร้อยละ ๘๐(B)	ร้อยละ ๙๐(A)	ร้อยละ ๑๐๐ (A+)
ค่าคะแนน																
๑	๒	๓	๔	๕												
ร้อยละ ๖๐(D)	ร้อยละ ๗๐(C)	ร้อยละ ๘๐(B)	ร้อยละ ๙๐(A)	ร้อยละ ๑๐๐ (A+)												
ค่าเป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด (PI)</th> <th>ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชี</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565	หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80											
ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565															
หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80															
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ข้อมูลบัญชีมีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารทุกระดับ															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง															
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการตรวจสอบโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดตราด															
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนรวมที่ตรวจสอบได้															
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนรวมทั้งหมด															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$															
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง															
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวสวิตรี ทิพย์ยอแล๊ะ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ ชื่อ นางสาวจิราพร ฤทธิศาสตร์ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี															
	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป หมายเลขโทรศัพท์ 089-149-8145															

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล	
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัด 144	ร้อยละของความสำเร็จการเสริมสร้างรายได้ (KPIT)	
ตัวชี้วัดย่อย	<p>PI 1 ร้อยละของเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ใช้งบประมาณจาก อปท. ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>PI 2 หน่วยบริการมีผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>PI 3 หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงิน Efficiency Score ไม่น้อยกว่าระดับ C</p> <p>PI 4 หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัตหารายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>PI 5 หน่วยบริการการใช้โปรแกรม Software ในการจัดเก็บรายได้มีประสิทธิภาพ</p>	
นิยามตัวชี้วัด	<p>การสร้างรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นกลไกในการบริหารการเงินการคลังสุขภาพ (CFO)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สนับสนุนแหล่งรายได้สิทธิต่างๆ <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว</li> <li>พัฒนาระบบและแก้ไขปัญหากลางทะเบียนสิทธิในพื้นที่ให้เหมาะสม(สิทธิหลัก:การลงทะเบียน)</li> <li>พัฒนาสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่</li> </ul> </li> <li>การบริหารศูนย์จัดเก็บรายได้ (เงินสอย (Additional payment) /แหล่งงบจากที่อื่น <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาโปรแกรม RCM</li> <li>พัฒนาระบบการจัดส่งข้อมูลสิทธิประกันสังคม</li> <li>พัฒนาระบบการเรียกเก็บและชำระหนี้</li> </ul> </li> </ol>	
เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	
	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565
	PI 1 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ใช้งบประมาณจาก อปท. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของงบประมาณ ที่หน่วยบริการได้รับในปีนั้นๆ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
	PI 2 หน่วยบริการมีผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5	ผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5
	PI 3 หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงิน Efficiency Score ไม่น้อยกว่าระดับ C	ไม่น้อยกว่าระดับ c (ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อขึ้นไป)
	PI 4 หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัตหารายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ผ่านเกณฑ์การจัตหารายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
	PI 5 หน่วยบริการการใช้โปรแกรม Software ในการจัดเก็บรายได้	มีโปรแกรม Software จัดเก็บรายได้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์	สนับสนุนการเสริมสร้างรายได้แก่หน่วยบริการ/จัดสรรเงินให้เพียงพอ เหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	- ข้อมูลบตดลองจาก <a href="https://hfo65.cfo.in.th">https://hfo65.cfo.in.th</a> ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลทุกเดือน - ข้อมูลจาก <a href="https://dhes.moph.go.th">https://dhes.moph.go.th</a> ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลทุกเดือน - ข้อมูลการโปรแกรมกองทุนสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนรวม PI 1 – PI 5 ที่ประเมินได้
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนรวมตาม PI 1 – PI 5 ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวา เกษโกวิท ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล				
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด 145	ร้อยละของเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ใช้งบประมาณจาก อปท. ตามเกณฑ์ที่กำหนด (PI 1) (KPIT)				
นิยามตัวชี้วัด	<p>กองทุนฯจะได้รับจัดสรรงบประมาณจาก สปสช. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดยจัดทำแผนงาน/โครงการภายใต้วัตถุประสงค์ของกองทุนที่ สปสช. กำหนด โดยให้หน่วยบริการขอสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. มาดำเนินการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในพื้นที่ ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาปฐมพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต</p> <p>ปีงบประมาณ 2565 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 30</p> <p>ปีงบประมาณ 2566 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 35</p> <p>ปีงบประมาณ 2567 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 40</p> <p>ปีงบประมาณ 2568 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 45</p> <p>ปีงบประมาณ 2569 เครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ใช้งบประมาณจาก อปท. <math>\geq</math>ร้อยละ 50</p>				
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
	$\geq$ ร้อยละ 30	$\geq$ ร้อยละ 35	$\geq$ ร้อยละ 40	$\geq$ ร้อยละ 45	$\geq$ ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการมีช่องทางในการหางบประมาณ เพื่อดำเนินการด้านสุขภาพมากขึ้น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนงบประมาณของเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ที่ได้รับการสนับสนุนจาก อปท.				
แหล่งข้อมูล	แผนงานของกองทุนฯที่ผ่านการอนุมัติแล้ว บันทึกในระบบ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงบประมาณที่หน่วยบริการที่รับการสนับสนุนจาก อปท.				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ( ก.ย.)				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนุศรา แสงจันทร์		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		
	กลุ่มงาน ประกันสุขภาพ		หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๗๔๖ ๑๐๑๗		

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล															
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ															
ตัวชี้วัด 146	หน่วยบริการมีผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5 (PI 2) (KPIT)															
นิยามตัวชี้วัด	<p>การบริหารและกำกับแผนการเงิน (Planfin)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/จังหวัด</li> <li>บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</li> <li>กำกับติดตามผลการดำเนินงานสร้างรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องตามแผน Planfin</li> </ol> <p>3.1 หน่วยบริการมีผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>3.2 หน่วยบริการมีผลต่างของค่าใช้จ่ายสูงกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ค่าคะแนน</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">ค่าคะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 9</td> <td>ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 7</td> <td>ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 5</td> <td>ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 3</td> <td>ผลต่างของ รายได้ มากกว่าแผน</td> </tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน					1	2	3	4	5	ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 9	ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 7	ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 5	ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 3	ผลต่างของ รายได้ มากกว่าแผน
ค่าคะแนน																
1	2	3	4	5												
ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 9	ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 7	ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 5	ผลต่างของ รายได้ต่ำกว่า แผนร้อยละ 3	ผลต่างของ รายได้ มากกว่าแผน												
ค่าเป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด (PI)</th> <th>ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยบริการมีผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผน</td> <td>รายได้ต่ำกว่าแผนไม่เกินร้อยละ 5</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565	หน่วยบริการมีผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผน	รายได้ต่ำกว่าแผนไม่เกินร้อยละ 5											
ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565															
หน่วยบริการมีผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผน	รายได้ต่ำกว่าแผนไม่เกินร้อยละ 5															
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการกำกับแผน Planfin ควบคู่กับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง															
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก <a href="https://dhes.moph.go.th/">https://dhes.moph.go.th/</a> ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลทุกเดือน															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายได้จากการแผน Planfin															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรายได้จากการดำเนินงาน															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)*100/A$															
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส															
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวรา เกษโกวิท ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ															
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366															

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล															
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ															
ตัวชี้วัด 147	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงิน Efficiency Score ไม่น้อยกว่าระดับ C (PI 3)															
นิยามตัวชี้วัด	<p>การวัดสถานะการเงินระดับ 7 เป็นการเฝ้าระวังทางการเงินของหน่วยบริการ ด้วยดัชนี</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="5">ค่าคะแนน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ D</td> <td>ระดับ C-</td> <td>ระดับ C</td> <td>ระดับ B-</td> <td>ระดับ B</td> </tr> </tbody> </table> <p>ทางการเงิน 7 Risk Score แสดงความคล่องทางการเงินร่วมกับการประเมินความมั่นคงทางการเงิน และระยะเวลาที่หน่วยบริการจะประสบปัญหา  อย่างไรก็ตามการวัดสถานะทางการเงินด้วยวิธีนี้ ยังไม่สามารถบ่งบอกประสิทธิภาพในการบริหาร ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้มีตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารเพิ่มขึ้น (รู้แต่ระดับความเสี่ยงการเงินแต่ไม่รู้ประสิทธิภาพการบริหาร) โดยหน่วยบริการต้องผ่านเกณฑ์ประเมินไม่น้อยกว่า ๓ ตัว (ไม่น้อยกว่าระดับc) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ประสิทธิภาพการทำการกำไร (Operating Margin)</li> <li>๒. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)</li> <li>๓. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิน UC -OP/IP (AE)</li> <li>๔. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ำกลุ่มบริการ (ค่ายา เวชภัณฑ์มีใช้ยาฯ) (Average payment Period)</li> <li>๕. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สินข้าราชการ</li> <li>๖. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สินประกันสังคม</li> <li>๗. การบริหารสินค้าคงคลังด้านยา เวชภัณฑ์มีใช้ยาฯ (Inventory Management)</li> </ol>	ค่าคะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	ระดับ D	ระดับ C-	ระดับ C	ระดับ B-	ระดับ B
ค่าคะแนน																
๑	๒	๓	๔	๕												
ระดับ D	ระดับ C-	ระดับ C	ระดับ B-	ระดับ B												

	(ผ่านเกณฑ์ 1 ข้อ)	(ผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ)	(ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ)	(ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ)	(ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ)
ค่าเป้าหมาย	<b>ตัวชี้วัด (PI)</b>		<b>ปีงบประมาณ 2565</b>		
	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงิน Efficiency Score ไม่น้อยกว่าระดับ C		ไม่น้อยกว่าระดับ c (ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อขึ้นไป)		
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง</li> <li>- เพื่อเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังนำไปสู่การปรับการบริหารการเงินการคลัง ป้องกันภาวะวิกฤติทางการเงิน</li> </ul>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง				
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการดำเนินงานตามเกณฑ์ Efficiency Score</li> <li>- ข้อมูลบททดลองจาก <a href="https://hfo65.cfo.in.th">https://hfo65.cfo.in.th</a> ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลทุกเดือน</li> </ul>				
รายการข้อมูล 1	A = ข้อมูลการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ Efficiency Score ของหน่วยบริการ				
รายการข้อมูล 2	B = เกณฑ์รายข้อ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A เทียบ B				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวา เกษโกวิท		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ		หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366		

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล															
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ															
ตัวชี้วัด 148	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดหารายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (PI 4) (KPIT)															
นิยามตัวชี้วัด	<p>เกณฑ์การจัดหารายได้ มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องมี 2 เกณฑ์ คือ</p> <p><u>เกณฑ์ที่ 1</u> มิติที่ 1 ด้านการเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลสิทธิต่างๆ ซึ่งอยู่ระบบควบคุมภายใน 5 มิติ มีการทำงานเป็นทีม มีระบบตรวจสอบ และสอบทาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้หน่วยงานได้รับรายได้ที่ควรได้ มิติด้านการเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลสิทธิต่างๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.โครงสร้างทีมงานขั้นตอนกระบวนการ จำนวน 5 ข้อ</li> <li>2.การบันทึกข้อมูล และการปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการ จำนวน 17 ข้อ</li> <li>3.การกำกับติดตามหรือสอบทาน จำนวน 5 ข้อ</li> </ol> <p><u>เกณฑ์ที่ 2</u> พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โดยเน้นที่องค์ประกอบ ด้านโครงสร้างระบบงาน และประสิทธิภาพ</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="5">ค่าคะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน					1	2	3	4	5	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ค่าคะแนน																
1	2	3	4	5												
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100												
ค่าเป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด (PI)</th> <th>ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดหารายได้</td> <td>ผ่านเกณฑ์การจัดหารายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดหารายได้	ผ่านเกณฑ์การจัดหารายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90											
ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565															
หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดหารายได้	ผ่านเกณฑ์การจัดหารายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90															
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง</li> <li>- เพื่อให้หน่วยงานได้รับรายได้ที่ควรได้ ไม่สูญเสียรายได้จากการไม่ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน</li> </ul>															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง															
แหล่งข้อมูล	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ตรวจประเมินมิติด้านการเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลสิทธิต่างๆ															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้อมาตรฐานตามเกณฑ์ มิติด้านการเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลสิทธิต่างๆ ที่โรงพยาบาลสามารถปฏิบัติได้															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อมาตรฐานตามเกณฑ์ มิติด้านการเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลสิทธิต่างๆ ทั้งหมด															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$															

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๒ ครั้ง
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวา เกษโกวิท ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล										
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ										
ตัวชี้วัด 149	หน่วยบริการการใช้โปรแกรม Software ในการจัดเก็บรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ(PI5)										
นิยามตัวชี้วัด	<p>การพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โดยเน้นที่องค์ประกอบ ด้านโครงสร้าง ระบบงาน และประสิทธิภาพ ซึ่งระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) เน้นรายละเอียด กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบทุกกองทุนในสำนักงานผู้ป่วนอก และระยะเวลาในขั้นตอน ทั้งมีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้เพื่อเป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ค่าคะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มีใช้โปรแกรม</td> <td>มีและใช้โปรแกรม เฉพาะงานเรียกเก็บ</td> <td>มีและใช้โปรแกรมในงานเรียกเก็บและงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การเงิน บัญชี</td> </tr> </tbody> </table>		ค่าคะแนน			1	2	3	มีใช้โปรแกรม	มีและใช้โปรแกรม เฉพาะงานเรียกเก็บ	มีและใช้โปรแกรมในงานเรียกเก็บและงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การเงิน บัญชี
ค่าคะแนน											
1	2	3									
มีใช้โปรแกรม	มีและใช้โปรแกรม เฉพาะงานเรียกเก็บ	มีและใช้โปรแกรมในงานเรียกเก็บและงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การเงิน บัญชี									
ค่าเป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด (PI)</th> <th>ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยบริการการใช้โปรแกรม Software ในการจัดเก็บรายได้</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565	หน่วยบริการการใช้โปรแกรม Software ในการจัดเก็บรายได้	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50						
ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565										
หน่วยบริการการใช้โปรแกรม Software ในการจัดเก็บรายได้	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50										
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้หน่วยงานได้รับรายได้ที่ควรได้ ไม่สูญเสียรายได้จากการไม่ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง										
แหล่งข้อมูล	ตรวจสอบการมีและใช้โปรแกรมในการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลสิทธิต่างๆ										
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนที่ประเมินได้ตามเกณฑ์										
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง										
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวรา เกษโกวิท	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ									
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366									

ประเด็นการพัฒนา	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล															
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ															
ตัวชี้วัด 150	ร้อยละความสำเร็จการเฝ้าระวังควบคุมค่าใช้จ่าย															
นิยามตัวชี้วัด	<p>พัฒนากลไกในการบริหารการเงินการคลังสุขภาพ (CFO) การสร้างรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นกลไกในการบริหารการเงินการคลังให้มีผลกำไร</p> <p>การบริหารและกำกับแผนการเงิน (Planfin)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/จังหวัด</li> <li>บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</li> <li>กำกับติดตามผลการดำเนินงานสร้างรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องตามแผน Planfin โดย <ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการมีผลต่างของรายได้ต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5</li> <li>หน่วยบริการมีผลต่างของค่าใช้จ่ายสูงกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5</li> </ol> </li> </ol> <table border="1" data-bbox="507 936 1485 1240"> <thead> <tr> <th colspan="5">ค่าคะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลต่างของ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า แผน ร้อยละ 9</td> <td>ผลต่างของ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า แผน ร้อยละ 7</td> <td>ผลต่างของค่าใช้จ่าย สูงกว่าแผน ร้อยละ 5</td> <td>ผลต่างของ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า แผน ร้อยละ 3</td> <td>ผลต่างของค่าใช้จ่าย ต่ำกว่าแผน</td> </tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน					1	2	3	4	5	ผลต่างของ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า แผน ร้อยละ 9	ผลต่างของ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า แผน ร้อยละ 7	ผลต่างของค่าใช้จ่าย สูงกว่าแผน ร้อยละ 5	ผลต่างของ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า แผน ร้อยละ 3	ผลต่างของค่าใช้จ่าย ต่ำกว่าแผน
ค่าคะแนน																
1	2	3	4	5												
ผลต่างของ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า แผน ร้อยละ 9	ผลต่างของ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า แผน ร้อยละ 7	ผลต่างของค่าใช้จ่าย สูงกว่าแผน ร้อยละ 5	ผลต่างของ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า แผน ร้อยละ 3	ผลต่างของค่าใช้จ่าย ต่ำกว่าแผน												
ค่าเป้าหมาย	<table border="1" data-bbox="507 1256 1485 1346"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด (PI)</th> <th>ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยบริการมีผลต่างของค่าใช้จ่ายสูงกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5</td> <td>สูงกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565	หน่วยบริการมีผลต่างของค่าใช้จ่ายสูงกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5	สูงกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5											
ตัวชี้วัด (PI)	ปีงบประมาณ 2565															
หน่วยบริการมีผลต่างของค่าใช้จ่ายสูงกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5	สูงกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5															
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการกำกับแผน Planfin ควบคู่กับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง															
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก <a href="https://dhes.moph.go.th/">https://dhes.moph.go.th/</a> ที่หน่วยบริการส่งข้อมูลทุกเดือน															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนค่าใช้จ่ายจากการแผน Planfin															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)*100/A$															
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส															
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวรา เกษโกวิท ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ															
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9400 6366															

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 17	ร้อยละการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ 151	มูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์มีใ้ยาร่วมระดับจังหวัด (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	“การจัดซื้อพร้อมของยา เวชภัณฑ์ที่มีใ้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม” หมายถึง การจัดซื้อพร้อมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใ้ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใ้ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557 “เวชภัณฑ์ที่มีใ้ยา” หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใ้ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลชุมชนอีก 6 แห่ง ในจังหวัดตราด
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลชุมชนอีก 6 แห่ง ในจังหวัดตราด
รายการข้อมูล 1	A คือ มูลค่าการจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใ้ยาแต่ละประเภทของโรงพยาบาลในจังหวัดตราด ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 2	B คือ มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใ้ยาแต่ละประเภทของโรงพยาบาลในจังหวัดตราดที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายธนันธร รัตนพรสมปอง ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ หมายเลขโทรศัพท์ 091-4288594

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ 152	ร้อยละของโรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบงานบริการ (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>Smart Hospital</b> หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม</p> <p><b>1) Smart Place/Infrastructure</b></p> <p>โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&amp;CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ</p> <p><b>2) Smart Tools</b></p> <p>โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่าง ๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์</p> <p><b>3) Smart Services</b></p> <p>โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนาโรดแมปดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น</p> <p><b>4) Smart Outcome</b></p> <p>โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศ</p>

ที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงิน การบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลาารอคอยได้อย่างเหมาะสม

### **5) Smart Hospital**

โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

### **เกณฑ์การประเมินผล**

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

#### **1) Smart Place**

1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

#### **2) Smart Tools** (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

2.1 Queue: มีหน้าจอบริการลำดับคิว หน้าห้องพบแพทย์ อย่างน้อย 1 จุด เพื่อลดความแออัดบริเวณหน้าห้องพบแพทย์

2.2 Queue: มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบ online อย่างน้อย 1 ช่องทาง

2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

#### **3) Smart Services** (อย่างน้อย 5 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

3.1 BPM : ใช้ Smart Health ID แทนการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชน

3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

3.3 BPM : มีระบบสั่งการรักษาทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ให้การรักษา (CPOE : Computerize Physician Order Entry)

3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาารอคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการ จนถึงสิ้นสุดการรับบริการ อย่างน้อย 1 จุดบริการ

3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม

3.6 BPM : มีระบบ e-payment					
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	65	66	67	68	69
	รพท.100% รพช. 80%	รพท.100% รพช.100%	รพท.100% รพช.100%	รพท.100% รพช.100%	รพท.100% รพช.100%
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอยโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม</p> <p>2. เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพช. และ รพท.				
แหล่งข้อมูล	จากการรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานออนไลน์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรพ.ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรพ.ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นายธีรศักดิ์ จันทน์เทวลิขิต      ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>ชื่อ นางสาวเกษมศรี สาคเรศ      ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ</p> <p>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ      หมายเลขโทรศัพท์ 081-9121243</p>				

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล				
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ				
ตัวชี้วัดที่ 153	ร้อยละของหน่วยงาน (สสจ. รพ. สสอ.) มีการนำระบบดิจิทัลมาใช้ ในภารกิจสนับสนุน (Smart Office) อย่างน้อย 5 เรื่อง (KPIT)				
นิยามตัวชี้วัด	Smart Office หมายถึง หน่วยงานในภารกิจสนับสนุน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในกลุ่มงาน Back Office ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม หน่วยงานมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ อย่างน้อย 5 ระบบงาน ได้แก่ 1. ระบบการจองห้องประชุม 2. ระบบการจองรถ 3. ระบบการลา 4. ระบบบันทึกการฝึกอบรม 5. ระบบสลิปเงินเดือน 6. ระบบงานพัสดุ 7. ระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ 8. ระบบงานซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์ 9. ระบบงานซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ ระบบอื่น (ระบุ).....				
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	อย่างน้อย 5 ระบบ	อย่างน้อย 6 ระบบ	อย่างน้อย 7 ระบบ	อย่างน้อย 8 ระบบ	อย่างน้อย 9 ระบบ
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้หน่วยงานมีการนำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน ให้เกิดสะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลา โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม 2. เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้หน่วยงานมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น องค์กรดิจิทัล				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบ Back Office ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ,โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง				
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด 2. โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดตราด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดตราด				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นายธีรศักดิ์ จันทร์เทวาลิขิต ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>ชื่อ นางสาวเกษมศรี สาคเรศ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ</p> <p>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 081-9121243</p>

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ 154	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>บริการรับยาที่ร้านยา</b> หมายถึง การจัดบริการทางเลือกให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามารถรับยาตามใบสั่งแพทย์ได้ที่ร้านยาใกล้บ้าน</p> <p><b>ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)</b> หมายถึง วิธีการส่งข้อมูลเกี่ยวกับยาหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับใบสั่งยาระหว่างแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและเภสัชกรผู้จ่ายยา</p> <p><b>โรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)</b> หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) ประกอบด้วยข้อมูลยาและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับใบสั่งยา อาจอยู่ในรูปแบบใบสั่งยาใหม่ หรือใบสั่งยาแบบเติมยา (refill) รวมทั้งสามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลกลาง (สปสช.) ได้ (อาจมีการพัฒนาต่อยอดให้มีการบันทึกบริการทางเภสัชกรรมในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-pharmacy service) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างร้านยาซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลแม่ข่าย</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 25
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความแออัด เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้าน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา อย่างต่อเนื่อง (มีผู้ป่วยรับบริการ > 12 คน/ปีงบประมาณ 2565)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นายอานนท์ ควบวิไล ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ หมายเลขโทรศัพท์ 092-6175984</p>

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ 155	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>OPD (Out Patient Department) หรือ “ผู้ป่วยนอก” หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล แต่ไม่ต้องนอนพักรักษา สามารถกลับบ้านได้เลย</p> <p><b>เวชระเบียน (Medical Record)</b> คือ การรวบรวมข้อเขียนหรือบันทึกที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่ บันทึกเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่ โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานอนามัย เวชระเบียนนั้นเป็นบันทึกขบวนการทุกอย่างที่จัดกระทำกับผู้ป่วยซึ่ง ข้อมูลนั้นๆ ควรต้องประกอบด้วยประวัติการเจ็บป่วยในอดีตรวมทั้ง ความคิดเห็น การค้นหา สืบสวนผลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย เวชระเบียนเป็นเอกสารที่อาจมีหลายขนาด หลายรูปแบบ และหลายข้อมูล โดยการบันทึกของหลายบุคคลในหลาย ๆ วิธีการ แต่ตามรูปลักษณะทั่วไปแล้ว เวชระเบียนจะประกอบด้วย จำนวนแผ่นกระดาษ หรือบัตร ซึ่งอาจจะบรรจุอยู่ในแฟ้มหรือซอง และ อาจจะบันทึกในคอมพิวเตอร์หรือบันทึกลงแผ่นกระดาษ แล้วถ่ายไว้ในไมโครฟิล์มที่มีความทันสมัย ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์เพื่อนำมาคิดค่าสถิติต่างๆ เป็นเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานของรัฐ หรือบริษัทประกันชีวิต เป็นพยานเอกสารในทางกฎหมาย</p> <p><b>คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน</b> คือ เวชระเบียนที่มีคุณภาพ ต้องมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ <u>1.ความครบถ้วน</u> หมายถึง มีข้อมูลที่สำคัญครบทุกด้าน ไม่ขาดตกบกพร่อง <u>2.ความถูกต้อง</u> หมายถึง มีเนื้อหาที่ตรงตามความเป็นจริง ไม่ผิดเพี้ยน <u>3.ความมีรายละเอียดที่ดี</u> หมายถึง มีการขยายความให้เห็นลักษณะย่อย ไม่กำกวม หรือคลุมเครือ <u>4.ความทันสมัย</u> หมายถึง มีข้อมูลอัปเดตพบรายละเอียดครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยมารับบริการและทั้ง 4 ข้อ ต้องเป็นไปตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก</p> <p><b>คุณภาพการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอก</b> คือ การให้รหัสโรค และรหัสหัตถการ ผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามแนวทางเกณฑ์การให้รหัสโรค ของผู้ป่วยนอก</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน และการให้รหัสโรค ผู้ป่วยนอก ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการผู้ป่วยนอก ทุกแห่ง ในจังหวัดตราด (รพท./ รพช./ รพ.สต.)
แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ≥ ร้อยละ 80 ทั้ง 2 เรื่อง(เรื่องการบันทึกเวชระเบียน และ การให้รหัสโรค ผู้ป่วยนอก)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เดือนเมษายน - มิถุนายน )
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ น.ส.ศิริณาด กุตัน ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 085-8904940

ประเด็นการพัฒนาที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ 156	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p><b>IPD (In Patient department)</b> หรือ “ผู้ป่วยใน” หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ตามการวินิจฉัยและคำแนะนำจากแพทย์ และยังให้รวมถึงการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแต่เสียชีวิตก่อน 6 ชั่วโมงด้วย</p> <p><b>เวชระเบียน (Medical Record)</b> คือ การรวบรวมข้อเขียนหรือบันทึกที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่ บันทึกเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานอนามัย เวชระเบียนนั้นเป็นบันทึกขบวนการทุกอย่างที่จัดกระทำกับผู้ป่วยซึ่งข้อมูลนั้นๆ ควรต้องประกอบด้วยประวัติการเจ็บป่วยในอดีตรวมทั้ง ความคิดเห็น การค้นหา สืบสวนผลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย เวชระเบียนเป็นเอกสารที่อาจมีหลายขนาด หลายรูปแบบ และหลายข้อมูล โดยการบันทึกของหลายบุคคลในหลาย ๆ วิธีการ แต่ตามรูปลักษณะทั่วไปแล้ว เวชระเบียนจะประกอบด้วย จำนวนแผ่นกระดาษ หรือบัตร ซึ่งอาจจะบรรจุอยู่ในแฟ้มหรือซอง และอาจจะบันทึกในคอมพิวเตอร์หรือบันทึกลงแผ่นกระดาษ แล้วถ่ายไว้ในไมโครฟิล์มที่มีความทันสมัย ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์เพื่อนำมาคิดค่าสถิติต่างๆ เป็นเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานของรัฐ หรือบริษัทประกันชีวิต เป็นพยานเอกสารในทางกฎหมาย</p> <p><b>คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน</b> คือ เวชระเบียนที่มีคุณภาพ ต้องมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ <u>1.ความครบถ้วน</u> หมายถึง มีข้อมูลที่สำคัญครบทุกด้าน ไม่ขาดตกบกพร่อง <u>2.ความถูกต้อง</u> หมายถึง มีเนื้อหาที่ตรงตามความเป็นจริง ไม่ผิดเพี้ยน <u>3.ความมีรายละเอียดที่ดี</u> หมายถึง มีการ ขยายความให้เห็นลักษณะย่อย ไม่กำกวม หรือคลุมเครือ <u>4.ความทันสมัย</u> หมายถึง มีข้อมูลอัปเดต พบรายละเอียดครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยมารับบริการและทั้ง 4 ข้อ ต้องเป็นไปตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน</p> <p><b>คุณภาพการให้รหัสโรคผู้ป่วยใน</b> คือ การให้รหัสโรค และรหัสหัตถการ ผู้ป่วยใน ให้เป็นไปตามแนวทางเกณฑ์การให้รหัสโรค ของผู้ป่วยใน</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน และการให้รหัสโรค ผู้ป่วยใน ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการผู้ป่วยใน ทุกแห่ง ในจังหวัดตราด (รพท./ รพช.)
แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ≥ ร้อยละ 80 ทั้ง 2 เรื่อง(เรื่องการบันทึกเวชระเบียน และ การให้รหัสโรค ผู้ป่วยใน)

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการผู้ป่วยในทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เดือนเมษายน - มิถุนายน )
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวศิรินาถ กุดั่น                      ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ                      หมายเลขโทรศัพท์ 085-8904940

ประเด็นการพัฒหน้าที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ 157	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอก (ตามกฎ 13 ข้อ) (KPIT)
นิยามตัวชี้วัด	<p>OPD (Out Patient Department) หรือ “ผู้ป่วยนอก” หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล แต่ไม่ต้องนอนพักรักษา สามารถกลับบ้านได้เลย</p> <p><b>คุณภาพการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอก ตามกฎ 13 ข้อ</b> คือ การให้รหัสโรค และรหัสหัตถการ ผู้ป่วยนอก ได้ครบถ้วน ถูกต้อง ตามกฎการให้รหัสโรค 13 ข้อ ตามที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กำหนด (โดยจังหวัดตราด ขอกำหนดข้อผิดพลาดไว้ที่ ไม่เกิน ร้อยละ 0.5 )</p>
ค่าเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน และการให้รหัสโรค ผู้ป่วยนอก ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการผู้ป่วยนอก ทุกแห่ง ในจังหวัดตราด (รพ./ รพช./ รพ.สต.)
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ใน HDC เรื่องคุณภาพการให้รหัส ICD ผู้ป่วยนอก 13 ข้อ ตามที่ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กำหนด</li> <li>ผลการวิเคราะห์คุณภาพการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ ผู้ป่วยนอก ตามกฎ 13 ข้อ ที่มีข้อผิดพลาดไม่เกิน ร้อยละ 0.5</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพให้รหัสโรค ผู้ป่วยนอก (ตามกฎ 13 ข้อ) ที่มีข้อผิดพลาดไม่เกิน ร้อยละ 0.5 ≥ ร้อยละ 80
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 3 ครั้ง (แจ้งผลในเดือน มีนาคม , กรกฎาคม , พฤศจิกายน)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นางสาวศิรินาถ กุดัน ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน</p> <p>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 085-8904940</p>

ประเด็นการพัฒนาคี่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ 158	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
นิยามตัวชี้วัด	<p>คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจน เพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์</p> <p>การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูลบุคคลในแฟ้ม Person ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ จำนวน 5 ฟิลด์ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)</li> <li>2. ข้อมูลเพศ (SEX)</li> <li>3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)</li> <li>4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)</li> <li>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)</li> </ol> <p>และให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)</li> <li>6. ความสอดคล้อง (Consistency)</li> <li>7. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)</li> <li>8. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)</li> </ol>
คำเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) น้ำหนักคะแนน 30</b> - ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON (5 ฟิลด์) ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)</li> <li><b>2.ความสอดคล้อง (Consistency) น้ำหนักคะแนน 25</b> - ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)</li> <li><b>3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) น้ำหนักคะแนน 30</b> - ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON ที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มีจำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) (ร้อยละ 80)</li> </ol>

	<p><b>4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา(timeless) น้ำหนักคะแนน 15</b></p> <p>- ร้อยละของความทันเวลาในการส่งข้อมูล (ร้อยละ 80)</p> <p><b>ผลการประเมิน</b></p> <p>เกณฑ์การประเมิน รอบ 3 เดือน คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1</p> <p>เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2</p> <p>เกณฑ์การประเมิน รอบ 9 เดือน คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3</p> <p>เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4</p>
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อให้เกิดคุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดตราด
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI
<b>รายการข้อมูล 1</b>	จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
<b>รายการข้อมูล 2</b>	จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมิน นั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)
<b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p><b>ชื่อ</b> นายธีรศักดิ์ จันทร์เทวาลิขิต <b>ตำแหน่ง</b> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p><b>ชื่อ</b> นางสาวเกษมศรี สาครเศ <b>ตำแหน่ง</b> นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ</p> <p><b>กลุ่มงาน</b> พัฒนายุทธศาสตร์ฯ <b>หมายเลขโทรศัพท์</b> 081-9121243</p>

ประเด็นการพัฒหน้าที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล				
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ				
ตัวชี้วัดที่ 159	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลแฟ้ม Person มีส่วนต่างเทียบกับทะเบียนราษฎร ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (KPIT)				
นิยามตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลแฟ้ม Person ของหน่วยบริการ มีการบันทึกข้อมูลประชาชนใน ๔๓ แฟ้มมาตรฐาน ที่มี Type area 1 และ 2 เมื่อเทียบกับข้อมูลทะเบียนราษฎร ของกระทรวงมหาดไทย ณ ธันวาคม มีส่วนต่างไม่เกิน ร้อยละ 10				
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	65	66	67	68	69
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 72	ร้อยละ 74	ร้อยละ 76	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดตราด				
แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดตราด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในจังหวัดตราด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลแฟ้ม Person มีส่วนต่างเมื่อเทียบกับทะเบียนราษฎร ไม่เกิน ร้อยละ 10				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายธีรศักดิ์ จันทร์เทวาลิขิต	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
	ชื่อ นางสาวเกษมศรี สาครเศ	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ			
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 081-9121243			

ประเด็นการพัฒนาคี่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล				
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ				
ตัวชี้วัดที่ 160	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล แพ้ม Person มีความซ้ำซ้อนกับหน่วยบริการอื่น ไม่เกินร้อยละ 2 (KPIT)				
นิยามตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลแพ้ม Person ของหน่วยบริการ มีการบันทึกข้อมูลประชาชนใน ๔๓ แพ้มมาตรฐาน ที่มี Type Area 1 และ 3 ซ้ำซ้อนกับหน่วยบริการไม่เกิน ร้อยละ 2				
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	65	66	67	68	69
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดตราด				
แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดตราด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในจังหวัดตราด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลแพ้ม Person (มีการบันทึกข้อมูล Person ซ้ำซ้อนกับหน่วยบริการอื่น) ไม่เกิน ร้อยละ 2				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายธีรศักดิ์ จันทร์เทวาลิขิต	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
	ชื่อ นางสาวเกษมศรี สาคเรศ	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ			
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 081-9121243			

ประเด็นการพัฒนาคำที่ 4	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล				
KRA ที่ 18	ร้อยละความสำเร็จของการมีเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ				
ตัวชี้วัดที่ 161	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพให้สาเหตุการตาย (KPIT)				
นิยามตัวชี้วัด	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็น สาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99)</li> <li>- injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2)</li> <li>- ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97)</li> <li>- ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9).</li> </ul>				
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	65	66	67	68	69
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพ สาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกแห่งในจังหวัดตราด				
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการตายทุกสาเหตุ (ร้อยละ ๒๕)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายธีรศักดิ์ จันทน์เทวลิขิต	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
	ชื่อ นางสาวเกษมศรี สาคเรศ	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ			
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ	หมายเลขโทรศัพท์ 081-9121243			