



แผนงาน/โครงการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2568



4+1 ด้าน Excellences 12 แผนงาน 28 โครงการ

PP&P Excellence



ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 1 :
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
- 1) โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
 - 2) โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน
- แผนงานที่ 2 :
การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- 1) โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- แผนงานที่ 3 :
การบริการจัดการสิ่งแวดล้อม
- 1) โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

SERVICE Excellence



ด้านบริการเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 4 :
การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
- 1) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
 - 2) โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอส.
- แผนงานที่ 5 :
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
- 1) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 - 2) โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ
 - 3) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการก่อกำเนิด
 - 4) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
 - 5) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 6) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
 - 7) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
 - 8) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

- แผนงานที่ 5 :
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (ต่อ)
- 9) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
 - 10) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
 - 11) โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
- แผนงานที่ 6 :
การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
- 1) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
- แผนงานที่ 7 :
การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
- 1) โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

PEOPLE Excellence



ด้านบุคลากรเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 8 :
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
- 1) โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

GOVERNANCE Excellence



ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 9 :
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
- 1) โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์
- แผนงานที่ 10 :
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
- 1) โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
 - 2) โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
 - 3) โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล
- แผนงานที่ 11 :
การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- 1) โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน
 - 2) โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

HEALTH- RELATED ECONOMY Excellence



ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 12 :
การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
- 1) โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
 - 2) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข

2568

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

PROMOTION PREVENTION
&
PROTECTION EXCELLENCE



1

SERVICE EXCELLENCE



2

PEOPLE EXCELLENCE



3

GOVERNANCE EXCELLENCE



4

HEALTH ECONOMIC
EXCELLENCE



5

คำนำ

รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 หน่วยงานรับผิดชอบในระดับกรม/กอง จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ครอบคลุมความเป็นเลิศ 4+1 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) และ 5) ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health – Related Economy Excellence) ภายใต้อกรอบ 12 แผนงาน 28 โครงการ และ 35 ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว และเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พฤศจิกายน 2567

สารบัญ

ตัวชี้วัดที่	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1
2	ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	3
3	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	6
4	ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	9
5	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	11
	5.1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	
	5.2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
6	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)	18
7	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับทำทนาย)	23
	7.1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	
	7.2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับทำทนาย)	
8	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	27
9	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	30
10	อัตรารายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60 - I69)	32
11	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	34
	11.1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	
	11.2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	
12	อัตรารายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	39
13	ร้อยละของประชาชนที่มีารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	41
14	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร	46
15	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	49
16	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	51
17	อัตรารายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired	54
18	อัตรารายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	59

ตัวชี้วัดที่	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
19	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า	61
20	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)	63
21	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง	65
	21.1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
	21.2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	
	21.3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	
	21.4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	
22	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	70
23	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	72
24	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	74
25	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	77
	25.1. การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง	
	25.2. ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ	
26	ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	83
27	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	86
28	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	90
	28.1. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้นมาตรฐาน	
	28.2. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้นมาตรฐาน	
	28.3. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้นมาตรฐาน	
29	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	96
	29.1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	
	29.2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	
	29.3. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
30	ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)	100
31	ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)	103

ตัวชี้วัดที่	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
32	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 32.1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 32.2. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6	106
33	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	109
34	อัตราการขยายตัวของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Proxy : ร้อยละสถานประกอบการมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์)	111
35	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	113

หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence								
แผนงาน	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน								
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอดรวมถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16</td> <td>15</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	16	15	14
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
16	15	14							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เมื่อมารดาตายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์อนามัยภายใน 24 ชั่วโมง คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมดเพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ศูนย์อนามัยที่ 1-12 ประสานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th ภายใน 24 ชั่วโมง ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย และจัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา รายงานการตายมารดา (MDR report) ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน 								

	5. กองมรตดาและทารก กรมอนามัย				
	<ul style="list-style-type: none"> — รายงานผลการดำเนินงานในระบบ DOH Death Board กรมอนามัย ทุกวันที่ 20 ของเดือน — รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข ทุก 3 เดือน — วิเคราะห์ข้อมูลมรตดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมรตดาและทารกปริกำเนิด และจัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง 				
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมรตดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย 2. แบบฟอร์มรายงานการตายมารดา https://mpdsr.anamai.moph.go.th/#/ 3. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr?year=2025&kid=76 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อแสนการเกิดมีชีพ	25.9	21.4	18.63
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์สุรรัตน์ ผิวสว่าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4435 โทรสาร : - สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : piwsawang@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4438 โทรสาร : - สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : wanchanok.anamai@gmail.com		

หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence								
แผนงาน	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปีมีพัฒนาการสมวัย								
คำนิยาม	<p>- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- <u>พัฒนาการสมวัย</u> หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)</p> <p>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>การคัดกรองพัฒนาการ</u> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ● <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) ● <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 ● <u>เด็กพัฒนาการล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) 								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 87</td> <td>88</td> <td>88</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 87	88	88
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ 87	88	88							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)								

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่</p> <p>3. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงานและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</p>								
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด								
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก</p> <p>a = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)</p>								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีผลการดำเนินงานสามารถรายงานหรือกำหนดเป้าหมายได้รายไตรมาสได้ควรใส่ทุกไตรมาส - กรณีระบุ small success ทุกไตรมาสเพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลได้ <table border="1" data-bbox="156 1283 1449 1391"> <thead> <tr> <th data-bbox="156 1283 475 1335">รอบ 3 เดือน</th> <th data-bbox="475 1283 802 1335">รอบ 6 เดือน</th> <th data-bbox="802 1283 1129 1335">รอบ 9 เดือน</th> <th data-bbox="1129 1283 1449 1335">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="156 1335 475 1391">ร้อยละ 87</td> <td data-bbox="475 1335 802 1391">ร้อยละ 87</td> <td data-bbox="802 1335 1129 1391">ร้อยละ 87</td> <td data-bbox="1129 1335 1449 1391">ร้อยละ 87</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87						
วิธีการประเมินผล :	*โปรดระบุใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์อย่างน้อย 45 วัน								
เอกสารสนับสนุน :	<p>*โปรดระบุ1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook https://healthplatform.anamai.moph.go.th/</p> <p>2. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล https://bit.ly/3CkGHss</p> <p>3. คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/</p> <p>4. ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย https://bit.ly/3irbmMM</p> <p>5. หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี https://bit.ly/2Vje4eS - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/2VxlQBg - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/3CkJou4 								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
			79.0	ร้อยละ	85.3
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นายแพทย์ธีรชัย บุญยะลีพรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904417 E-mail : teerboon@hotmail.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย นางเปรมฤทัย เกตุเรน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904224 E-mail : premmi_ko@hotmail.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 089 144 4208 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086 986 9040</p>			
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นายสุทิน ปุณศรีภักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904044 E-mail : sutin.p@anamai.mail.go.th สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย นางสาวชนกพร แสนสุด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904044 E-mail : nich.bry.1@gmail.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081 466 3696 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098 222 3541</p>			

หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence								
แผนงาน	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการ	โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	3. อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป								
คำนิยาม	<p>อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นตัวชี้วัดจากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (Health Literate Communities : HLC) ในแต่ละปี ซึ่งจัดโดยหน่วยบริการที่เป็นองค์กรความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ๋นใจ) https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/</p> <p>ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม</p> <p>หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรคฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดี กับผู้รับบริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองสุขภาพดี ที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้น หรืออยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการ</p> <p>หน่วยบริการความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้น และสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนประเมินองค์กรความรู้ด้านสุขภาพจากผู้ให้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่วัยละ 90 ขึ้นไป</p> <p>กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนตามบริบทพื้นที่ที่หน่วยบริการจัดขึ้น หรือเลือกใช้จากโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ๋นใจ)</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>82</td> <td>83</td> <td>84</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	82	83	84
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
82	83	84							
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามระดับอัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินผ่านระบบ สาสุข อุ๋นใจ								
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ “สาสุข อุ๋นใจ” URL : http://sasukoonchai.anamai.moph.go.th								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินในระดับเพียงพอขึ้นไป								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน								

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน : ตุลาคม 2567 - ธันวาคม 2567 รอบ 6 เดือน : ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568 รอบ 9 เดือน : ตุลาคม 2567 - มิถุนายน 2568 รอบ 12 เดือน : ตุลาคม 2567 - กันยายน 2568			
เกณฑ์การประเมิน :				
เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม ปี พ.ศ. 2567	ค่าเป้าหมายผู้ร่วมกิจกรรม ปี พ.ศ.2568	เป้าหมายสัดส่วนร้อยละของผู้ที่มี HL เพียงพอ ปี พ.ศ. 2567	
1	3,548	12,510	82	
2	3,716	6,950	82	
3	2,403	6,486	82	
4	5,016	8,804	82	
5	8,050	9,730	82	
6	3,940	10,194	82	
7	38,669	9,267	82	
8	8,228	9,730	82	
9	15,581	10,657	82	
10	11,525	9,730	82	
11	5,888	7,877	82	
12	5,611	9,267	82	
13	-	973	82	

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ 112,175 คน			
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	-
เป้าหมายอัตราความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 82			
-	-	-	ร้อยละ 82

วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	เว็บไซต์สาสุข อุ๋นใจ URL : https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม	คน	-	53,381	112,175
	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ร้อยละ	55	80.95	94.71 (rapid survey)

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ว่าที่ ร.ต.มณฑล หวานวาจา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4701 โทรสาร : - กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ นางสาวกมลวรรณ สุขประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4704 โทรสาร : - กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 098 259 9255 E-mail : witwanwaja@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081 609 8538 E-mail : kamonwan.sukp@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางสาวกมลวรรณ สุขประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4704 โทรสาร : - กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081 609 8538 E-mail : kamonwan.sukp@gmail.com</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence								
แผนงาน	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการ	โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	4. ระดับความรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5								
คำนิยาม	<p>1. ประชาชน หมายถึง ประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่มีความเสี่ยงจะได้รับอันตรายหรือทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายจากโรคและภัยสุขภาพที่เป็นโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำในปีงบประมาณ 2566 - 2570</p> <p>2. ความรู้ด้านสุขภาพ (HL) หมายถึง ระดับของบุคคล ประชาชน ที่สามารถกำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ลดขนาดและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นแล้ว ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (Ref. US. Dept. of Health and Human Services. 2000 Healthy People 2010)</p> <p>3. โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ หมายถึง โรคที่แยกตามองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้คำนิยามโรคติดต่ออุบัติใหม่ ไว้เป็น 5 กลุ่ม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (New Infectious Diseases) เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์ส 2. โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New Geographical Areas) เป็นโรคที่มาจากประเทศหนึ่งและต่อมาเกิดการแพร่ระบาดไปอีกประเทศหนึ่งซึ่งไม่เคยมีโรคนี้อีกเกิดขึ้นมาก่อน หรือข้ามทวีป เช่น ซาร์ส หรือโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส ที่เคยมีการแพร่ระบาดในประเทศแถบตะวันออกกลาง ในปี พ.ศ. 2555 และต่อมาในปี พ.ศ. 2568 พบมีการระบาดในประเทศเกาหลีใต้ ดังนั้น สำหรับโรคเมอร์ส ในประเทศเกาหลีใต้ ถือว่าเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ 3. โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re - Emerging Infectious Diseases) โรคติดต่อที่เคยระบาดในอดีต และสงบไปนานแล้วแต่กลับมาระบาดอีก เช่น กาฬโรค 4. โรคจากเชื้อดื้อยา (Drug Resistant Pathogens) เช่น โรค วัณโรคที่เกิดจาก เชื้อดื้อยา 5. โรคจากเหตุการณ์จงใจกระทำของมนุษย์ด้วยสารชีวะ (Bioterrorism) โดยใช้เชื้อโรคหลายชนิด ผลิตเป็นอาวุธ เช่น เชื้อแอนแทรกซ์ และไข้ทรพิษ เป็นต้น <p>ทั้งนี้ รวมถึงโรคติดต่ออันตรายตามประกาศ พ.ร.บ โรคติดต่อ 2558</p> <p>4. โรคที่เฝ้าระวังเพื่อใช้ประเมินผลปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้แก่ โรคฝีดาษวานร (โรคอุบัติใหม่)</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 68</th> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 69</th> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>53</td> <td>58</td> <td>63</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	53	58	63
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
53	58	63							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนมีความรู้สุขภาพ เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศมากขึ้น โรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ที่ประเทศไทยควรเฝ้าระวังและเตรียมความพร้อม หมายถึง โรคติดต่ออันตรายที่ได้ประกาศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมการเฝ้าระวังและสร้างความพร้อมรับมือ เพื่อยับยั้งป้องกันการแพร่ระบาด								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่มีความเสี่ยงจะได้รับอันตรายหรือทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายจากโรคและภัยสุขภาพที่เป็นโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลจากการสำรวจประชาชนกลุ่มเป้าหมายตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด								
แหล่งข้อมูล	จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เลือกดำเนินการ								

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนน HL ระดับเพียงพอขึ้นไป				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ทำการสำรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : ระดับความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จำเป็นของบุคคล ประชาชนในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ดังนี้ ระดับดีเยี่ยม คะแนน ≥ 72 ระดับเพียงพอ คะแนน = 60 – 71.99 ระดับมีปัญหา คะแนน = 48 – 59.99 ระดับไม่เพียงพอ คะแนน = 0.00 – 47.99					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	53	
วิธีการประเมินผล :	แปลผลคะแนนแบบสอบถามใช้เกณฑ์ดังนี้การแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ ระดับดีเยี่ยม คะแนน ≥ 72 ระดับเพียงพอ คะแนน = 60 – 71.99 ระดับมีปัญหา คะแนน = 48 – 59.99 ระดับไม่เพียงพอ คะแนน = 0.00 – 47.99				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	ระดับความรู้สุขภาพของ ประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และ อุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละ	-	-	48.18 (อุบัติใหม่ ปี 2567)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุทัศน์ โชตนะพันธ์ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โทรศัพท์: 0 2590 3336 นายเกรียงกมล เหมือนนกรุด ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โทรศัพท์: 0 2590 3856 นางสาวกุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0 2590 3898 E-mail: Strategicddc@ddc.mail.go.th กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายสุทัศน์ โชตนะพันธ์ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โทรศัพท์: 0 2590 3336 นายเกรียงกมล เหมือนนกรุด ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โทรศัพท์: 0 2590 3856 นางสาวกุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0 2590 3898 E-mail: Strategicddc@ddc.mail.go.th กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค				

หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence								
แผนงาน	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ								
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง 5.1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 5.2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง								
คำนิยาม	<p>5.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>5.1.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ โดยวิธีการคัดกรอง มี 2 วิธี ดังนี้</p> <p>(1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>(2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 mg/dl ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป <p>5.1.2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566</p> <p>หมายเหตุ : กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\geqร้อยละ 70</td> <td>\geqร้อยละ 70</td> <td>\geqร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากการคัดกรองได้รับการตรวจติดตามเพื่อยืนยัน นำไปสู่การวินิจฉัย และได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (Typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Typearea								

	3) และ PERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย) โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานมาก่อนจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC = รหัส ICD - 10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 - E14								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud								
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน								
เกณฑ์การประเมิน :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70						
วิธีการประเมินผล :	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>A: จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 ประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา)</p> <p>B: จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ประมวลผลจากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568</p>								

เอกสารสนับสนุน :	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	2565	2566	2567
			70.35 (ปรับการประมวลผลและนิยามตัวชี้วัด)	69.53	69.29
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2566 ตัดข้อมูล View freeze ณ วันที่ 16 กันยายน</p> <p>- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ตัดข้อมูล View freeze ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2567 (ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรอง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 มิถุนายน 2567)</p>				
	<p>1. ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3893 E-mail: ncdrm3987@gmail.com</p> <p>2. นางสาวณัฐฉิรธรณ พันธมุง รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3893 E-mail: ncdrm3987@gmail.com</p> <p>3. นพ. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3892 E-mail: ncdrm3987@gmail.com</p> <p>กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลางจากระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช.)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางหทัยชนก เกตุจุนา หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3867 E-mail: ncdrm3987@gmail.com</p> <p>2. นางนันทน์ภัส ภูมิถาวร หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdplan@gmail.com</p> <p>3. นางสาวสุภาพร หน่อคำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3867 E-mail: ncdrm3987@gmail.com</p> <p>4. ว่าที่ร.ต.อรรถกร บุตรชุมแสง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdplan@gmail.com</p> <p>5. นางสาวสุพิน รุ่งเรือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdplan@gmail.com</p> <p>กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>				

คำนิยาม	<p>5.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>5.2.1 กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูงในปิงปประมาณ</p> <p>5.2.2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ 85 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) \geq ร้อยละ 60 จากกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปิงปประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" data-bbox="421 1173 1182 1272"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\geqร้อยละ 85</td> <td>\geqร้อยละ 87</td> <td>\geqร้อยละ 87</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	\geq ร้อยละ 85	\geq ร้อยละ 87	\geq ร้อยละ 87
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70					
\geq ร้อยละ 85	\geq ร้อยละ 87	\geq ร้อยละ 87					
วัตถุประสงค์	เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าความดันโลหิตสูงจากการคัดกรอง ได้รับการตรวจติดตามเพื่อยืนยัน นำไปสู่การวินิจฉัย และได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปิงปประมาณ</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (Typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย)PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย) โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC = รหัส ICD - 10 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย I10 - I15</p>						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud บันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด แล้วเลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล > ระบบบันทึกข้อมูลนอกเหนือจาก 43 แฟ้ม > บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน > ลงชื่อเข้าใช้งานโปรแกรม 						
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข						

<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนประชากรใน B ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ: กรณีได้วัดความดันโลหิตซ้ำทั้ง 2 วิธี คือ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) และได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) การประมวลผลจะใช้ผลการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก</p>								
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง <u>สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568</u></p>								
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>$(A/B) \times 100$</p>								
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>12 เดือน</p>								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <table border="1" data-bbox="177 1126 1430 1234"> <thead> <tr> <th data-bbox="177 1126 497 1178">รอบ 3 เดือน</th> <th data-bbox="497 1126 818 1178">รอบ 6 เดือน</th> <th data-bbox="818 1126 1139 1178">รอบ 9 เดือน</th> <th data-bbox="1139 1126 1430 1178">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="177 1178 497 1234">-</td> <td data-bbox="497 1178 818 1234">≥ ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="818 1178 1139 1234">≥ ร้อยละ 75</td> <td data-bbox="1139 1178 1430 1234">≥ ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 85						
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>วิธีการประมวลผล</p> <p>A: จำนวนประชากรใน B ที่ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด แล้วเลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล > ระบบบันทึกข้อมูลนอกเหนือจาก 43 แฟ้ม > บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน > ลงชื่อเข้าใช้งานโปรแกรม หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ประมวลผลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดยการคิดผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง 2 วิธี (HBPM และ OBPM) จะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก การประมวลผลใช้ค่าการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก</p> <p>B: ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDScreen ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP)</p>								

	<p>ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg (NCDScreen.DATESERV) โดยคิดจากค่าความดันโลหิตที่เข้าได้กับกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง <u>สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568</u></p> <p><u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน)</u></p> <p>- หากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 มกราคม 2568 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568</p> <p><u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม)</u></p> <p>- หากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวันที่ 1 มิถุนายน 2568 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่สถานบริการสาธารณสุขเดิมภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องไม่เกินวันที่ 30 สิงหาคม 2568 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568</p>													
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย 													
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="523 1223 1444 1568"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>91.66</td> <td>89.68</td> <td>80.60 (ปรับการประมวลผล)</td> </tr> </tbody> </table> <p>ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2566 ดัดข้อมูล View freeze ณ วันที่ 16 กันยายน</p> <p>- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ดัดข้อมูล View freeze ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2567 (ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรอง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 มิถุนายน 2567)</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2565	2566	2567	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	91.66	89.68	80.60 (ปรับการประมวลผล)
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2565	2566	2567										
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	91.66	89.68	80.60 (ปรับการประมวลผล)										
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3893 E-mail: ncdm3987@gmail.com นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3893 E-mail: ncdm3987@gmail.com นพ. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3892 E-mail: ncdm3987@gmail.com <p>กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>													

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลางจากระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช.)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางหทัยชนก เกตุจونا หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3867 E-mail: ncdrm3987@gmail.com</p> <p>2. นางนันทน์ภัส ภูมิถาวร หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdplan@gmail.com</p> <p>3. นางสาวสุภาพร หน่อคำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3867 E-mail: ncdrm3987@gmail.com</p> <p>4. ว่าที่ร.ต.อรรถกร บุตรชุมแสง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdplan@gmail.com</p> <p>5. นางสาวสุพิน รุ่งเรือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdplan@gmail.com</p> กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	

หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence																
แผนงาน	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ																
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ																
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																
ชื่อตัวชี้วัด	6. อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)																
คำนิยาม	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง ช่วงวัย 1 - 18 ปี หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 1 - 18 ปี ลดลงร้อยละ 3 โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567) โดยใช้ข้อมูล “ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด																
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 68</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 69</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 3</td> <td>ร้อยละ 3</td> <td>ร้อยละ 3</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3						
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70															
ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3															
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กและเยาวชนไทย ช่วงวัยอายุ 1 - 18 ปี																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการเสียชีวิตและบาดเจ็บ โดยใช้ฐานข้อมูลการเคลมประกันภัยของบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด (THAIRSC) ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 1 - 18 ปี โดยการเปรียบเทียบกับใช้ค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567) เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2568 ใช้ข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม 2568 - กันยายน 2568 (9 เดือน)																
แหล่งข้อมูล	“ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด																
รายการข้อมูล 1	A = (จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บปี 2568) – (จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บค่าเฉลี่ยปี 2565 - 2567)																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บค่าเฉลี่ยปี 2565 - 2567																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																
ระยะเวลาประเมินผล	มกราคม 2568 - กันยายน 2568 (9 เดือน)																
เกณฑ์การประเมิน :	เกณฑ์การประเมินโดยใช้คำนวณการลดลงร้อยละ 3 ต่อปี																
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">รอบ 3 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 6 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 9 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 3</td> <td>ร้อยละ 3</td> <td>ร้อยละ 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>มกราคม 68 - มีนาคม 68</td> <td>มกราคม 68 - มิถุนายน 68</td> <td>มกราคม 68 - กันยายน 68</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3		มกราคม 68 - มีนาคม 68	มกราคม 68 - มิถุนายน 68	มกราคม 68 - กันยายน 68
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3														
	มกราคม 68 - มีนาคม 68	มกราคม 68 - มิถุนายน 68	มกราคม 68 - กันยายน 68														
วิธีการประเมินผล :	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) ลดลง																
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">ร้อยละการลดลง</td> <td style="width: 15%;">≥1%</td> <td style="width: 15%;">≥1.5%</td> <td style="width: 15%;">≥2%</td> <td style="width: 15%;">≥ 2.5%</td> <td style="width: 15%;">≥ 3%</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>					ร้อยละการลดลง	≥1%	≥1.5%	≥2%	≥ 2.5%	≥ 3%	คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละการลดลง	≥1%	≥1.5%	≥2%	≥ 2.5%	≥ 3%												
คะแนน	1	2	3	4	5												

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>แนวทางกิจกรรมที่ดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ จังหวัด สสจ./สสอ./รพ. <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลักดัน สนับสนุน การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ร่วมกับคณะกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ได้แก่ ศึกษาธิการจังหวัด/ปภ./ขนส่ง/ตำรวจ และเขตพื้นที่ สพม./สพป./อาชีวะ 2. ผลักดันให้ทุกอำเภอดำเนินการ พขอ. ประเด็น RTI เด็กและเยาวชน 3. สนับสนุนให้มีการฝึกอบรม “วัดซีนจราจร” และพัฒนาวิทยากร 4. สนับสนุนให้มีโรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program” ทุกอำเภอ โดยเฉพาะโรงเรียนประจำอำเภอและโรงเรียนขนาดใหญ่ 5. จัดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของ อำเภอและสถานศึกษา 6. ติดตามประเมินผล ระดับอำเภอ/จังหวัด ■ สคร.1-12/ สปคม. <ol style="list-style-type: none"> 1. ถ่ายทอดตัวชี้วัด แนวทาง เป้าหมาย แก่จังหวัดในเขต 2. พัฒนาศักยภาพฝึกอบรมวิทยากร “วัดซีนจราจร” 3. จัดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของจังหวัด อำเภอ และสถานศึกษา 4. ติดตามประเมินผลในระดับเขต ■ ส่วนกลาง <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดประชุมถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย จังหวัดทั่วประเทศ (Online) ร่วมกับภาคีส่วนกลาง ได้แก่ ปภ. กรมการขนส่ง และศึกษาธิการ เป็นต้น 2. ส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนรู้ “วัดซีนจราจร” และ โรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program” โดยทำมีระบบจัดเก็บและมอบเกียรติบัตร 3. พัฒนาสื่อสนับสนุน และติดตามประเมินผลในระดับประเทศ 																											
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #fce4ec;"> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr style="background-color: #fce4ec;"> <th>ปี 2565</th> <th>ปี 2566</th> <th>ปี 2567</th> <th>เป้าหมายปี 2568 (3%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวน</td> <td>คน (12 เดือน ปีงบประมาณ)</td> <td>137,434</td> <td>131,503</td> <td>136,863</td> <td>ไม่เกิน 131,209</td> </tr> <tr> <td>จำนวน</td> <td>คน (9 เดือน วัด จริง)</td> <td>105,666</td> <td>93,149</td> <td>102,271</td> <td>ไม่เกิน 97,351</td> </tr> </tbody> </table> <p>แหล่งข้อมูล “ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC)</p>						Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	เป้าหมายปี 2568 (3%)	จำนวน	คน (12 เดือน ปีงบประมาณ)	137,434	131,503	136,863	ไม่เกิน 131,209	จำนวน	คน (9 เดือน วัด จริง)	105,666	93,149	102,271	ไม่เกิน 97,351
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																										
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	เป้าหมายปี 2568 (3%)																							
จำนวน	คน (12 เดือน ปีงบประมาณ)	137,434	131,503	136,863	ไม่เกิน 131,209																							
จำนวน	คน (9 เดือน วัด จริง)	105,666	93,149	102,271	ไม่เกิน 97,351																							
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ดร.ปัญญา จันทร์พานิชย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3954 โทรศัพท์มือถือ : 063 9922215 โทรสาร : - E-mail : punjanpanich@gmail.com กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค นางสาวศศิกันต์ นนทะน้า นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3954 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : - E-mail : sasikan.non2412@gmail.com กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค</p>																											

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	แพทย์หญิงศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ ผู้อำนวยการกองป้องกันการบาดเจ็บ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3954 โทรศัพท์มือถือ : 081 4939342 โทรสาร : E-mail : Drbthailand@hotmail.com กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค
---	--

หมายเหตุ: รายละเอียดตามเอกสารแนบ

เอกสารแนบ

สรุปย่อสำหรับผู้บริหาร: ผลการดำเนินงาน

โครงการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยใช้ TSY Program: Thailand Safe Youth Program

1. หลักการและเหตุผลข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้ม

ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554 – 2564) มีเด็กและเยาวชนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 26,126 คน ปัญหาการตายจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย กลุ่มอายุที่มีการสูญเสียมากที่สุดเป็นเด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี ซึ่งมีการเสียชีวิตที่สูงมากถึง 26,126 คน ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา หรือคิดเป็นเฉลี่ย 2,639 คนต่อปี จากการประมาณการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน 10 – 19 ปี โดยการวิเคราะห์อนุกรมเวลา Time series ในช่วง 10 ปีต่อจากนี้ (ปี 2564 – 2573) หากไม่มีการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและกำหนดเป้าหมายจะมีเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน 30,204 คน หรือเฉลี่ยปีละ 3,020 คน ถ้ามีการดำเนินการและกำหนดเป้าหมายลดการตายของเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนนให้ลดลงร้อยละ 5 ต่อปี จะสามารถลดการสูญเสียกำลังของชาติในอนาคตถึง 9,675 คน ในห้วงเวลา 10 ปี หรือคิดเป็นลดอัตราการตายในภาพรวมได้ ปีละ 2.7 - 4.5 ต่อประชากรแสนคน เพื่อลดการตายในภาพรวมของประเทศให้ได้ตามเป้าหมาย

2. เป้าหมายและตัวชี้วัด

2.1 เป้าหมายระดับชาติ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ โครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์ และดิจิทัล โดยมีแผนแม่บทย่อย ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง และกำหนดให้อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี 2570

2.2 เป้าหมายตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน 2566 - 2570 เป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเป้าลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสของผู้ใช้รถใช้ถนน เน้นให้มีการพัฒนาหลักสูตรแกนกลางด้านความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชนในช่วงวัยต่าง ๆ

2.3 สำหรับโครงการเน้นในกลุ่มเด็กและเยาวชน ตั้งเป้าหมายจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงร้อยละ 3 - 5 ต่อปี โดยถ่ายทอดการทำงานระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น สถานศึกษา เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายไม่น้อยกว่า 16 จังหวัด ในปี 2567 และ 20 จังหวัดในปี 2568

3. การดำเนินงานในปี 2567

3.1 ในวันที่ 25 มีนาคม 2566 กรมควบคุมโรค ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และอีก 13 องค์กร ได้ลงนามบันทึกความเข้าใจ (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน Thailand Safe Youth Program “วัคซีนจราจร” และโครงการการจัดตั้ง “ชมรมวัคซีนจราจร” ในสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรมควบคุมโรค กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการขนส่งทางบก กรมกิจการเด็กและเยาวชน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน แผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ และบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

3.2 ขับเคลื่อนเชิงนโยบายและพัฒนาความร่วมมือเพื่อจัดทำแผนระดับชาติ (National Program) เพื่อยกระดับการแก้ปัญหาและจัดตั้งคณะทำงานในระดับชาติ และการตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัด

3.3 พัฒนาหลักสูตรและผลิตสื่อการเรียนรู้เพื่อสนับสนุนการฝึกอบรมจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพให้แก่เด็กและเยาวชน

3.4 พัฒนาศักยภาพ คณะครู/ทีมวิทยากรมืออาชีพระดับจังหวัดและบุคลากรสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามหลักสูตร“วัคซีนจราจร” เพื่อให้เกิดการฝึกอบรมจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพให้แก่เด็กและเยาวชน จำนวนมากกว่า 1,000 คน แบ่งออกเป็น 4 รุ่น ครอบคลุม 4 ภาค

3.5 พัฒนาจังหวัดนาร่องดำเนินงานและจัดตั้งศูนย์สาธิตการฝึกอบรมความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัด 12 จังหวัด และฝึกอบรมการจัดการความปลอดภัยทางถนนในสถานศึกษา

หน่วยงานร่วมดำเนินการ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรมควบคุมโรค กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)



4. แผนกิจกรรมดำเนินงานปี 2568

■ จังหวัด สสจ./สสอ./รพ.

1. ผลักดัน สนับสนุน การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ร่วมกับคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ได้แก่ ศึกษานิเทศก์จังหวัด/ปภ./ขนส่ง/ตำรวจ และเขตพื้นที่ สพม./สพป./อาชีวฯ (จัดประชุมหารือ)
2. ผลักดันให้ทุกอำเภอดำเนินการ พขอ. ประเด็น RTI เด็กและเยาวชน
3. สนับสนุนให้มีการฝึกอบรม “วัคซีนจราจร” และพัฒนาวิทยากรเพิ่มมากขึ้น
4. สนับสนุนให้มีโรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program” ทุกอำเภอ โดยเฉพาะโรงเรียนประจำอำเภอ/โรงเรียนขนาดใหญ่
5. จัดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของ อำเภอและสถานศึกษา โดยคณะอนุฯ จังหวัด
6. ติดตามประเมินผล ระดับอำเภอ/จังหวัด

■ สคร.1-12/ สปกม.

1. ถ่ายทอดตัวชี้วัด แนวทาง เป้าหมาย แก่จังหวัดในเขต
2. พัฒนาศักยภาพฝึกอบรมวิทยากร “วัคซีนจราจร” และ “TSY Program Manager”
3. จัดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของจังหวัด อำเภอ และสถานศึกษา มอบเกียรติบัตร
4. ติดตามประเมินผลในระดับเขต

■ ส่วนกลาง

1. จัดประชุมถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย จังหวัดทั่วประเทศ (Online) ร่วมกับภาคีส่วนกลาง ปภ./สพฐ./ขนส่ง เป็นต้น
2. ส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนรู้ “วัคซีนจราจร” และ โรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program”
3. พัฒนาสื่อสนับสนุน และติดตามประเมินผลในระดับประเทศ

ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน

ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองป้องกันการบาดเจ็บ

ชื่อ-สกุล ดร.ปัญญา จันทร์พาณิชย์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มพัฒนามาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร

หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence																
แผนงาน	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																
โครงการ	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย) 7.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) 7.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)																
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)</td> </tr> <tr> <td>หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา</td> <td>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท</td> <td>2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล</td> <td>5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)</td> </tr> <tr> <td>6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน</td> <td>7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล</td> <td>8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ</td> </tr> <tr> <td>9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical</td> </tr> </table>	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)		หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical
ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)																	
หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร																
หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง																
	3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง																
	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545																
หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)																
	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง																
หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																
หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ																
	9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical																

		activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ						
หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุบัติเหตุ/โรค และการ ดำเนินงานอาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร							
	11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล							
	12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน							
	13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)							
ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)								
หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน							
หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community							
ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน								
<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการของเสียทางการแพทย์ 2. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 4. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 								
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 25 </td> <td> โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30 </td> <td> โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 98 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 40 </td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 25	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 98 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 40
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 25	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 98 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 40						
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (GCHC)							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด							

	<p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย</p> <p>3. ศูนย์อนามัยสุ่มประเมินโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลรวมถึงอนุมัติผลการประเมิน ยืนยันผล</p> <p>ผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital มายังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p> <p>4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมอนุมัติผลการประเมินระดับท้าทาย</p> <p>5. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผล เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p>								
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย								
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) = $(A/C) \times 100$</p> <p>2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) = $(B/C) \times 100$</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	<p>- รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง (ทุกวันที่ 25 ของเดือน)</p> <p>- รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2567, มีนาคม 2568, มิถุนายน 2568 และ กันยายน 2568)</p>								
เกณฑ์การประเมิน :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ทุกเขตสุขภาพมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)</td> <td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 72 และระดับท้าทาย ร้อยละ 20</td> <td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 86 และระดับท้าทาย ร้อยละ 23</td> <td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 และระดับท้าทาย ร้อยละ 25</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ทุกเขตสุขภาพมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 72 และระดับท้าทาย ร้อยละ 20	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 86 และระดับท้าทาย ร้อยละ 23	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 และระดับท้าทาย ร้อยละ 25
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ทุกเขตสุขภาพมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 72 และระดับท้าทาย ร้อยละ 20	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 86 และระดับท้าทาย ร้อยละ 23	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 และระดับท้าทาย ร้อยละ 25						
วิธีการประเมินผล :	<p>1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)</p> <p>3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส</p>								
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge</p> <p>2. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)</p>								

	<p>3. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health)</p> <p>4. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาล</p> <p>5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล</p> <p>6. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล</p> <p>7. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบคโลกร้อน</p> <p>8. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลความปลอดภัย (Food Safety Hospital)</p>																												
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>ข้อมูลผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)</p> <table border="1" data-bbox="485 730 1422 1077"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567**</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับมาตรฐาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>3.85</td> <td>21.77</td> <td>35.73</td> </tr> <tr> <td>ระดับดีเยี่ยม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>3.75</td> <td>13.44</td> <td>23.75</td> </tr> <tr> <td>ระดับทำลาย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>2.40</td> <td>10.00</td> <td>22.08</td> </tr> <tr> <td>ระดับมาตรฐานขึ้นไป</td> <td>ร้อยละ</td> <td>10.00</td> <td>45.21</td> <td>81.56</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2567**</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2565	2566	2567**	ระดับมาตรฐาน	ร้อยละ	3.85	21.77	35.73	ระดับดีเยี่ยม	ร้อยละ	3.75	13.44	23.75	ระดับทำลาย	ร้อยละ	2.40	10.00	22.08	ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ	10.00	45.21	81.56
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																									
		2565	2566	2567**																									
ระดับมาตรฐาน	ร้อยละ	3.85	21.77	35.73																									
ระดับดีเยี่ยม	ร้อยละ	3.75	13.44	23.75																									
ระดับทำลาย	ร้อยละ	2.40	10.00	22.08																									
ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ	10.00	45.21	81.56																									
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวปริญญ์ ใหม่มเจริญศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4261 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 4200 E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นายปราโมทย์ เสพสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4391 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 4946 E-mail : pramote.s@anamai.mail.go.th</p> <p>3. นางสาวอรุณี คำจันทร์วงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4255 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 4946 E-mail : arunee.k@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>																												
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวปริญญ์ ใหม่มเจริญศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4261 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 4200 E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นายปราโมทย์ เสพสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4391 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 4946 E-mail : pramote.s@anamai.mail.go.th</p> <p>3. นางสาวอรุณี คำจันทร์วงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4255 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 4946 E-mail : arunee.k@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>																												

หมวด	Service Excellence
แผนงาน	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	8. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <p>(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</p> <p>(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพพร้อมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>

	<p>ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการตาม คู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 ใน 8 ส่วนประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (คปคม.) 2. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม 3. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน 4. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป 						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>	<table border="1" data-bbox="277 1088 1318 1189"> <thead> <tr> <th data-bbox="277 1088 616 1137">ปีงบประมาณ 68</th> <th data-bbox="616 1088 975 1137">ปีงบประมาณ 69</th> <th data-bbox="975 1088 1318 1137">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="277 1137 616 1189">3,100 หน่วย</td> <td data-bbox="616 1137 975 1189">3,500 หน่วย</td> <td data-bbox="975 1137 1318 1189">4,000 หน่วย</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	3,100 หน่วย	3,500 หน่วย	4,000 หน่วย
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70					
3,100 หน่วย	3,500 หน่วย	4,000 หน่วย					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ 						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ทุกจังหวัด</p>						
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบลงทะเบียน - การจัดเก็บการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th) 						
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบลงทะเบียน - ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th) 						
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สละสม)</p>						
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCUstandard.moph.go.th)</p>						
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>A – B</p>						
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ไตรมาส 2, 3 และ 4</p>						

เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		2,900 หน่วย		3,000 หน่วย	
รอบ 12 เดือน				3,100 หน่วย	
วิธีการประเมินผล :		- ระบบขึ้นทะเบียน - ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)			
เอกสารสนับสนุน :		ระบบขึ้นทะเบียน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2565	2566
				2567	
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ		หน่วย	3,191	3,702	2,877
หมายเหตุ ผลการประเมินปี 2567 ลดลงเนื่องจากนำเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิมาใช้ควบคู่กับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นพ.อภิสรร์ค บุญประดับ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรสาร : 0-2590-1938 กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ		ผู้อำนวยการกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : 081-498-0135 E-mail : -	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		นพ.ปรีดา ตั้งจิตเมธี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรสาร : 0-2590-1938 กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ		รองผู้อำนวยการกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -	

หมวด	Service Excellence								
แผนงาน	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ								
โครงการ	โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	9. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน								
คำนิยาม	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2547</p> <p>ชุมชนเป้าหมาย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ บัญญัติแห่งชาติ ซึ่งกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 5,100 ตำบล</p> <p>การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ตามบริบทของชุมชนนั้น ๆ และมีการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกระบวนการ TPAR 1. สร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) 2. มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) 3. ดำเนินการ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) 4. มีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในตำบลและโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพบัญญัติอย่างน้อย 1 แห่ง</p> <p>ระดับการพัฒนา หมายถึง ระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพบัญญัติ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ 3. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน 4. ระดับดีเยี่ยม : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี 								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 90 (5,100 ตำบล)</td> <td>ร้อยละ 90 (6,200 ตำบล)</td> <td>ร้อยละ 90 (7,255 ตำบล)</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 90 (5,100 ตำบล)	ร้อยละ 90 (6,200 ตำบล)	ร้อยละ 90 (7,255 ตำบล)
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ 90 (5,100 ตำบล)	ร้อยละ 90 (6,200 ตำบล)	ร้อยละ 90 (7,255 ตำบล)							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 2. เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพของชุมชนได้ 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ชุมชนระดับตำบล จำนวน 5,100 ตำบล								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาชุมชนผ่านระบบการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ (Health Gate) 								

แหล่งข้อมูล	ระบบการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ (Health Gate)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนชุมชนเป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (5,100 ตำบล)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) * 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1) มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 2) มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ ปี 2568 3) หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยงและแกนนำสุขภาพ ระดับเขตและจังหวัด	4) ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำและเครือข่ายในพื้นที่ 76 จังหวัด/878 อำเภอ 5) ส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพในพื้นที่	6) ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (ร้อยละ 70)	7) ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (ร้อยละ 90)	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผ่านระบบการประเมินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 2. หลักสูตรการพัฒนาเครือข่ายและแกนนำสุขภาพชุมชน 3. โปรแกรมการประเมินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	ร้อยละของชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	ร้อยละ (ตำบล)	-	100 (1,377 ตำบล)	98.95 (3,948 ตำบล)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวธิดารัตน์ แวงวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18605 โทรสาร : 02 149 5651		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 096 559 7926 E-mail : planhss.hss@gmail.com งานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ กลุ่มแผนงานและประเมินผล		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางรุ่งกานต์ รณหงษา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18709 โทรสาร : 02 149 5650		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085 484 8618 E-mail : rungkarn21@gmail.com กลุ่มแผนงานและประเมินผล กองสุขศึกษา		

หมวด	Service Excellence																
แผนงาน	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง																
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																
ชื่อตัวชี้วัด	10. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)																
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)</p> <p>การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)</p> <p>การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)</p>																
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7								
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70															
น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7															
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13 																
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13 																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69)																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน																
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> </tr> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7														
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13 (รายงาน ตก.2) 																
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Baseline data</td> <td>หน่วยวัด</td> <td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>2565</td> <td>2566</td> <td>2567</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>8.81</td> <td>7.69</td> <td>7.17</td> </tr> </table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละ	2565	2566	2567			8.81	7.69	7.17
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
	ร้อยละ	2565	2566	2567													
		8.81	7.69	7.17													

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9899 ต่อ 1138 โทรสาร : 0 2354 7072 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ นายปิยพนธ์ อูปคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9899 ต่อ 1138 โทรสาร : 0 2354 7072 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์</p>	<p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 0622466195 E-mail: neeneetanti@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 0935592625 E-mail: Piyaphon.aup@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นายปิยพนธ์ อูปคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9899 ต่อ 1138 โทรสาร : 0 2354 7072 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 0935592625 E-mail: Piyaphon.aup@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขตสุขภาพ/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>11. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>11.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>11.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</p>
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จของการรักษา (Success) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้าย และก่อนนั้นอีกอย่างน้อย 1 ครั้ง</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนหรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP) มาก่อน โดยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคเป็นผู้ป่วยใหม่ (new) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก โดยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568) เทียบกับค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (157 ต่อประชากรแสนคน)</p> <p>4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (157 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (113,000 ราย) ในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2024)</p> <p>5. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และ</p>

	<p>ผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>6. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>6.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมวัณโรคของประเทศ</p> <p>6.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 13 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต</p> <p>7. เงื่อนไขการคำนวณ</p> <p>7.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) ไม่นับรวม ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย</p> <p>7.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin-resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB), Pre-extensively drug-resistant Tuberculosis (Pre-XDR-TB) หรือ Extensively drug-resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>7.3 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล</p> <p>พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13</p> <p>พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 13</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	88	88	88
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	85	85	85

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2567) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2567)
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 11.1	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568)
รายการข้อมูล 4	<p>D = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (คิดจากอัตรา 157 ต่อประชากรแสนคน*)</p> <p>หมายเหตุ: ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย</p> <p>*ข้อมูลจาก WHO, Global TB report 2024</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 11.2	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2568) - ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :				
ชื่อตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่	1.วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรง ของปัญหา กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเป้าหมาย ช่องว่าง และปัญหาอุปสรรค 2.จัดทำแผนการ ดำเนินงานในการ เร่งรัดค้นหา และ รักษาวัณโรค	1.กำกับและติดตาม การดำเนินงานตาม แผนในรอบ 6 เดือน 2.ร้อยละของผู้ป่วยวัณ โรคปอดรายใหม่ ได้รับการทดสอบ ความไวของเชื้อต่อ ยารักษาวัณโรค (DST) \geq ร้อยละ 80	1.กำกับและติดตาม การดำเนินงานตาม แผนในรอบ 9 เดือน 2.ผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่มีอัตราการ ขาดยา (loss follow-up) น้อย กว่าร้อยละ 2	ร้อยละ 88
อัตราความ ครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนรักษาของ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	3.กำกับและติดตาม การดำเนินงาน ตามแผน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60	ร้อยละ 85
วิธีการประเมินผล	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปี งบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2567) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด</p> <p>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568) แยกเป็นระดับ ประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค) ประเมินในภาพรวมของประเทศ ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินในระดับพื้นที่เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ระดับจังหวัด ประเมินในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด 			
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP) 			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.*			
						2565	2566	2567	
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่		ร้อยละ			80.8	82.2	80.5	
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ**		ร้อยละ			69.4	81.7	77.2		
*ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม									
**ตัวหารคิดจากค่าคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละปีโดยองค์การอนามัยโลก									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408		ผู้อำนวยการกองวัณโรค E-mail : ksornt@gmail.com						
	2. นายจิรวัดน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408		หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 E-mail : jivbtb@gmail.com						
	3. นางสาวภัทรากาญจน์ วิภาทานัง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408		พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 E-mail : pattarakan1988@gmail.com						
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางสาวภัทรากาญจน์ วิภาทานัง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408		พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 E-mail : pattarakan1988@gmail.com						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายจิรวัดน์ วรสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408		หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 E-mail : jivbtb@gmail.com						
	2. นางสาวภัทรากาญจน์ วิภาทานัง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408		พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 E-mail : pattarakan1988@gmail.com						
	3. นายวาทยากร เทพสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 082 296 9064 E-mail : watayagorn.the@gmail.com						
	4. นางสาวอนิษฐ์ โพธิ์ศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 084 425 5075 E-mail : akanitposri1@gmail.com						

หมวด	Service Excellence										
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด										
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	12. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน										
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ</td> <td>< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ</td> <td>< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ		
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ									
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์										
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center 2. ฐานข้อมูลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 3. ฐานข้อมูลจากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (โดยนำยอดจำนวนจากฐานข้อมูลสูงสุดมาคำนวณ)										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$										
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ</td> <td>< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ</td> <td>< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ</td> </tr> </tbody> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ								
วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขตสุขภาพ 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล										
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางพัฒนาาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข 3. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์										

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
		1,000 ทารกเกิดมีชีพ	4.43	4.65	4.47
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>พญ.จิรวรรณ อารยะพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และประธานคณะกรรมการ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 075 801 020 โทรศัพท์มือถือ: 081 271 1072 โทรสาร: 075 343 066 E-mail: jirawanarya@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช</p> <p>นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์ ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์ ประธานร่วมคณะกรรมการ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด และผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 1415 ต่อ 62101 โทรศัพท์มือถือ: 084 156 3251 โทรสาร: 0 2354 8439 E-mail: Akarathan_jitnu@hotmail.com</p> <p>ผศ.(พิเศษ) นพ.ศุภวัชร บุญกษิตีเดช รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 2 และเลขานุการคณะกรรมการ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 1415 ต่อ 4918 โทรศัพท์มือถือ: 08 9890 5919 E-mail: suppawat_yoo@hotmail.com</p> <p>สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผศ.(พิเศษ) นพ.ศุภวัชร บุญกษิตีเดช รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 2 และเลขานุการคณะกรรมการ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 1415 ต่อ 4918 โทรศัพท์มือถือ: 08 9890 5919 E-mail: suppawat_yoo@hotmail.com</p> <p>สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>				

หมวด	Service Excellence
แผนงาน	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	13. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน ของหน่วยบริการสถานีนอนามัย สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีนอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการ สาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p>รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p> <p>03 สถานีนอนามัย สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีนอนามัยพระราชทานนาม</p> <p>04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน</p> <p>08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล</p> <p>13 ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา เช่น ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การทักหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก

	<p>- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคสตรี: U50 ถึง U52 2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55 3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60 4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72 5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75 <p>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)</p> <p>1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน</p> <p>11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน</p> <p>11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน</p> <p>1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทับบม้อเกลือที่บ้าน</p> <p>11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน</p> <p>1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน</p> <p>11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริบาลทารกด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน</p> <p>11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)</p> <p>11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)</p> <p>11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น</p> <p>11102 การให้บริการสมาธิบำบัด</p> <p>11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)</p> <p>11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)</p> <p>11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)</p> <p>11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)</p> <p>11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet)</p> <p>11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)</p>
--	---

	<p>11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น</p> <p>11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)</p> <p>11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น</p> <p>11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกาย ด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี</p> <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</p> <p>1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78</p> <p>2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="215 786 598 842">ปีงบประมาณ 68</th> <th data-bbox="598 786 976 842">ปีงบประมาณ 69</th> <th data-bbox="976 786 1358 842">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="215 842 598 887">ร้อยละ 45</td> <td data-bbox="598 842 976 887">ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="976 842 1358 887">ร้อยละ 55</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70					
ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัย พระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับการปฐมภูมิ ในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)</p>						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระดับปฐมภูมิ</p>						
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข</p>						
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>43 แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)</p>						
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือ ส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือให้หัตถการแผนไทย (100-77-00 ถึง 999-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (100-79-00 ถึง 999-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทย ที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างไม่อย่างหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการ หรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะถูกนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)</p>						
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือ แพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79</p>						

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	<p>1. หน่วยบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีนโยบาย/แผนการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน และมีรายการยาสมุนไพรทดแทน อย่างน้อย 3 รายการ</p> <p>2. มีการจัดบริการอย่างน้อย 5 โรค/กลุ่มอาการ เช่น NCD LTC PC อาการดูแลหลังคลอด ผู้สูงอายุ และอาการเจ็บป่วย (Common Diseases) เบื้องต้น</p>	<p>1. หน่วยบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>2. ประชาชนมารับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 43</p>	<p>1. หน่วยบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีรายการยาสมุนไพรทดแทน อย่างน้อย 3 รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>2. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พชอ.</p> <p>3. หมอ ในการบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>1. ประชาชนมารับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 45</p>	
วิธีการประเมินผล :	<p>1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>				
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</p> <p>2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>4. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>5. ข้อมูลยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	รพ.สต.	ร้อยละ	31.92 (ณ 16 ก.ค. 2565)	37.66 (ณ 3 ต.ค. 2566)	43.46
ที่มา HDC ณ วันที่ 16 กันยายน 2567					

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายสมศักดิ์ กริชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5648 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางสาวลัดดาวัลย์ จาดพันธุ์อินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 087-571-5566 E-mail : augus.organ@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-143-3987 E-mail : joy_luddawanj@hotmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวจีรนนท์ บรรทัด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5617 โทรสาร : 0-2149-5617 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นางพันธวีรา เวยสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางสาวศศิธร ใหญ่สฤติย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 093-319-4526 E-mail : jeeranan.ban1992@gmail.com</p> <p>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 082-465-4945 E-mail : panvira06@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-881-2521 E-mail : sasithorn.s1981@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence	
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด	14. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms ตาม 10 กลุ่มอาการที่กำหนดในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ Common Diseases and Symptoms หมายถึง กลุ่มอาการ/โรคที่ พบบ่อย 10 กลุ่มอาการ ดังนี้	
	กลุ่มอาการ	ยาสมุนไพรที่ใช้ (นิยามตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)
	1. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ Dx OA knee (M17.9) Dx Low back pain (M54.9)	ยาเถาวัลย์เปรียง สหัสตรา ไพล ลูกประคบ ยาพริก
	2. กลุ่มอาการไข้หวัด ไอ เสมหะ โคโรนา 19 Dx Common cold (J00) Dx COVID19 (U07.2)	ฟ้าทะลายโจร/สารสกัด ยาประสะมะแว้ง ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาตรีผลา ยาปราบชมพูทวีป
	3. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ Dx Dyspepsia (R10.1,K30)	ขมิ้นชัน ธาตุอบเชย ชิง
	4. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก 4.1 Dx Hemorrhoid (K64.0, K64.1, K64.2) 4.2 Dx Constipation (K59.0)	ยาผสมเพชรสังฆาต ยาเพชรสังฆาต มะขามแขก
	5. กลุ่มอาการวิงเวียน/คลื่นไส้ อาเจียน Dx Dizziness (R42)	ยาชิง ยาหอมนวโกฐ ยาหอมอินทจักร์
	6. กลุ่มอาการชาจากอัมพฤกษ์-อัมพาต Dx Hemiplegia (G81)	ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น ยาทำลายพระสุเมรุ
	7. กลุ่มอาการทางผิวหนัง/แผล 7.1 Dx Herpes simplex (B00.9) Dx Zoster (B02.9) 7.2 Dx Burn (T20.0, T20.1, T20.2, T21.0, T21.1, T21.2, T22.0, T22.1, T22.2, T23.0, T23.1, T23.2, T24.0, T24.1, T24.2, T25.0, T25.1, T25.2)	ยาพญายอ ยารักษาทางจรเข้
	7.3 Dx Abrasion wound (S10.9, S40.9, S50.9, S60.9, S20.9, S30.9, S70.9, S80.9, S90.9) 7.4 Dx Tinea versicolor (B36.0) Dx Tinea (B35.3, B35.4, B35.6)	ยาเปลือกมังคุด ยาทิงเจอร์ทองพันชั่ง

	8. อาการนอนไม่หลับ Dx Insomnia (F51.0 , G47.0)	ยาสุขุไสยาสน์ ยาหอมเทพจิตร น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml						
	9. กลุ่มอาการท้องเสีย Dx Acute diarrhea (A09.9)	ฟ้าทะลายโจร ยากล้วย ยาเหลียงปิดสมุท						
	10. กลุ่มอาการเบื่ออาหาร Dx Anorexia (R63.0)	ยามะระขึ้นก น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml						
<p>ยาสมุนไพรม หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพรม ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการยาที่กำหนดให้ใช้ตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรคทั่วไป</p> <p>ประเภทผู้ประกอบวิชาชีพ ในการวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพรมทั้งยาเดี่ยว และยาตำรับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 01 = แพทย์ 2) 011 = แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3) 02 = ทันตแพทย์ 4) 03 = พยาบาลวิชาชีพ 5) 04 = เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 6) 05 = นักวิชาการสาธารณสุข 7) 06 = ทันตภิบาล 8) 07 = อสม.(ผู้ให้บริการในชุมชน) 9) 08 = บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก 10) 081 = แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพ) 11) 082 = หมอพื้นบ้าน : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพฯ หรือได้รับการรับรองตามระเบียบกรมการแพทย์แผนไทยฯ) 12) 083 = แพทย์แผนจีน : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพ) 13) 084 = ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย : (ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์) 14) 085 = บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนจีน แพทย์ทางเลือก (ที่มีวุฒิการศึกษาหรือผ่านการอบรมตามเกณฑ์ แต่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ)" 16) 09 = อื่น ๆ 17) 10 = ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) 18) 11 = เภสัชกร 19) 12 = บุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 20) 13 = บุคลากรด้านเทคนิคการแพทย์ 21) 14 = ผู้จัดการดูแล 								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ผลรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรมเพิ่มขึ้น</p> <table border="1" data-bbox="231 1742 1372 1848"> <thead> <tr> <th data-bbox="231 1742 614 1792">ปีงบประมาณ 68</th> <th data-bbox="614 1742 997 1792">ปีงบประมาณ 69</th> <th data-bbox="997 1742 1372 1792">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="231 1792 614 1848">ร้อยละ 10</td> <td data-bbox="614 1792 997 1848">ร้อยละ 15</td> <td data-bbox="997 1792 1372 1848">ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมการใช้และเพิ่มการเข้าถึงยาสมุนไพรม 2. เพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรมในระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นที่ยอมรับให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน 							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ							

แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจาก HDC ประกอบด้วย 1.1 ข้อมูลเพิ่ม person 1.2 ข้อมูลเพิ่ม provider 1.3 ข้อมูลเพิ่ม service 1.4 ข้อมูลเพิ่ม diagnosis_opd 1.5 ข้อมูลเพิ่ม drug_opd 1.6 ข้อมูลเพิ่ม procedure_opd 2. ข้อมูลจากการเบิกจ่ายของ สปสช./ประกันสังคม/กรมบัญชีกลาง)			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีก่อนหน้า			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัย (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีก่อนหน้า			
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีปัจจุบัน			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัย (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีปัจจุบัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A2-A1)/A1 \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. มีการประชุม วางแผนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ PTC/PCT/SP 2. มีการสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสู่ผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ 3. มีแนวทางการดำเนินงานและการกำหนดรายการยาสมุนไพรมุ่งเน้นทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในกลุ่มโรค/อาการทั่วไป 12 รายการ	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	1. มีการใช้ยาสมุนไพรมุ่งเน้นทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในกลุ่มโรค/อาการทั่วไป 12 รายการ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ 8	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจาก FDH กระทรวงสาธารณสุข 3. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
เอกสารสนับสนุน :	-			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายปรีชา นูติม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2224-3261 โทรสาร : 0-2224-8802 โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</p> <p>2. นายสมศักดิ์ กริซัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5648 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>3. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน</p>		<p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6911 E-mail : preecha.nootim@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 087-571-5566 E-mail : augus.organ@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com</p>		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางพันธิวิรา เวยสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>2. นางสาวลัดดาวัลย์ จาดพันธุ์อินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นางสาวสุภาพร ยอดโต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - กองวิชาการและแผนงาน</p>		<p>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 082-465-4945 E-mail : panvira06@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-143-3987 E-mail : joy_luddawanj@hotmail.com</p> <p>เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095-554-2265 E-mail : kunnaipui@hotmail.com</p>		

หมวด	Service Excellence										
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช										
ระดับการแสดงผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	15. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ										
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 :International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5:Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 7.5 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.5 ต่อประชากรแสนคน		
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.5 ต่อประชากรแสนคน									
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกจังหวัด										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง 506S version 11. (เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานข้อมูล) <u>หมายเหตุ</u> ในเขตบริการสุขภาพ หรือจังหวัด ที่พบว่ามีปัญหาการรายงาน รง506s version 11 หรือข้อมูลจากการรายงาน รง506s ต่ำกว่าฐานข้อมูลการตายในทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย จะใช้ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ที่รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ทดแทน										
แหล่งข้อมูล	1) รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง506s version 11. 2) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต)										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ 2568										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2568 **หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 2 ใช้ประชากรปลายปี 2567 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2568 แหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4										
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2568	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>-</td> <td>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน	-	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน	-	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน								

หมวด	Service Excellence												
แผนงาน	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)												
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช												
ระดับการแสดงผล	ประเทศ												
ชื่อตัวชี้วัด	16. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ												
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ/ก่อความรุนแรงซ้ำ</p> <p>ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-10 รหัส F00.X-F99.X หรือ รหัส X60.X-X84.X ได้รับการประเมินและบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 - 1B033 ต่อไปนี้</p> <table border="1"> <tr> <td>1B030</td> <td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต</td> </tr> <tr> <td>1B031</td> <td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน</td> </tr> <tr> <td>1B032</td> <td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย</td> </tr> <tr> <td>1B033</td> <td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ นวางเพลิง)</td> </tr> </table> <p>การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การติดตามเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายในเขตสุขภาพ โดยมีการประสานงาน ส่งต่อและจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/หรือ นัคมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) ตามเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <table border="1"> <tr> <td>ปีที่ 1 หลังได้รับการวินิจฉัย SMI-V</td> <td>ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>ปีที่ 2 เป็นต้นไป</td> <td>ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อปี</td> </tr> </table> <p>โดยมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้</p>	1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต	1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย	1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ นวางเพลิง)	ปีที่ 1 หลังได้รับการวินิจฉัย SMI-V	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง	ปีที่ 2 เป็นต้นไป	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อปี
1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต												
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน												
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย												
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ นวางเพลิง)												
ปีที่ 1 หลังได้รับการวินิจฉัย SMI-V	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง												
ปีที่ 2 เป็นต้นไป	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อปี												

	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">1B037</td> <td>การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม</td> </tr> </table> <p>ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์แล้ว แต่พบว่าการก่อความรุนแรงซ้ำ จึงต้องยืนยันการประเมินว่าการก่อความรุนแรงซ้ำ เพื่อลงรหัสโรครหัสหนึ่ง 1B030 - 1B033 โดยไม่ลงรหัสการติดตาม 1B037 ใน visit เดียวกัน</p>	1B037	การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม													
1B037	การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม															
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 68</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 69</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 87</td> <td>ร้อยละ 89</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 85	ร้อยละ 87	ร้อยละ 89									
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70														
ร้อยละ 85	ร้อยละ 87	ร้อยละ 89														
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ไม่ให้กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพ															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) สถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต รวมถึงสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) 2) กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)															
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)															
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ															
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่อง															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$															
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 / ไตรมาส 4															
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2568 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">รอบ 3 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 6 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 9 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>≥ ร้อยละ 55</td> <td>≥ ร้อยละ 65</td> <td>≥ ร้อยละ 75</td> <td>≥ ร้อยละ 85</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 85							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 85													
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)															
เอกสารสนับสนุน :	มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 30%;">Baseline data</th> <th style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 60%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th style="width: 16.6%;">2565</th> <th style="width: 16.6%;">2566</th> <th style="width: 16.6%;">2567</th> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (เฉพาะหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต)</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">98.08</td> <td style="text-align: center;">95.92</td> <td style="text-align: center;">97.42</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2565	2566	2567	ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (เฉพาะหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต)	ร้อยละ	98.08	95.92	97.42
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2565	2566	2567												
ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (เฉพาะหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต)	ร้อยละ	98.08	95.92	97.42												

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 8179 โทรสาร : - กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต นางสาวภูษณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 8179 โทรสาร : - กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต</p>	<p>ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสุขภาพจิตชุมชนและสังคม โทรศัพท์มือถือ : 089 454 2894 E-mail : Thailand.smiv2@gmail.com นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091 255 0747 E-mail : Thailand.smiv2@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางสาวภูษณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 8179 โทรสาร : - กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต</p>	<p>นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091 255 0747 E-mail : Thailand.smiv2@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	17. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <p>1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis</p> <p>2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2567 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 ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 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) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป</p> <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :			
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) 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 ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26
วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 - 13		

ตารางที่ 5 Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2
Heart rate (beats per minute)	
<40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
Temperature in °C (°F)	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

- A score ≥ 5 is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
- For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient

ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A)

- 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
- 2) มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในโรงพยาบาล โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน
- 3) เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

- ✓ ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ
- ✓ เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1
- ✓ กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2
- ✓ ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง 3 ข้อ

หมวด	Service Excellence																		
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																		
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ																		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																		
ชื่อตัวชี้วัด	18. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI																		
คำนิยาม	<p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>อัตราตายในผู้ป่วย STEMI</p> <p>1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit)</p> <p>2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p>																		
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 9</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 9</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 9</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9									
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																	
น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9																	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด 																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)																		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																		
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Small Success</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา</td> <td>มี</td> <td>มี</td> <td>มี</td> <td>มี</td> </tr> <tr> <td>- มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tractและระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ</td> <td>มี</td> <td>มี</td> <td>มี</td> <td>มี</td> </tr> </tbody> </table>				Small Success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	- มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา	มี	มี	มี	มี	- มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tractและระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ	มี	มี	มี	มี
Small Success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน															
- มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา	มี	มี	มี	มี															
- มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tractและระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ	มี	มี	มี	มี															

Small Success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน															
- มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS	มีการทบทวน CPG ที่ สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่	มี	มี	มี															
- มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS	มีการทบทวน CPG ที่ สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่	มี	มี	มี															
- รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่ม เลือดและมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้	มี	มี	มี	มี															
- มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขต สุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7	มี	มี	มี	มี															
- อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิด หลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate)	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 70															
- มีระบบติดตามผู้ป่วยภายหลังออกจาก โรงพยาบาล	มี	มี	มี	มี															
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC																		
เอกสารสนับสนุน :	1. Thai ACS Registry (http://www.ncvdt.org) 2. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020 3. BYRNE, Robert A., et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). <i>European Heart Journal</i> , 2023, ehad 191.																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Baseline data</th> <th>หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13.39</td> <td>ร้อยละ</td> <td>9.05</td> <td>9.46</td> <td>7.67</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2565	2566	2567	13.39	ร้อยละ	9.05	9.46	7.67	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry ณ วันที่ 30 กันยายน 2567		
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																	
		2565	2566	2567															
13.39	ร้อยละ	9.05	9.46	7.67															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.กมลรัตน์ ทองปลั่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรสาร : 0 2591 9972 สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์		ตำแหน่ง: นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 096-469-5914 E-mail : kamonrat.mam18@gmail.com																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.กมลรัตน์ ทองปลั่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรสาร : 0 2591 9972 สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์		ตำแหน่ง: นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 096-469-5914 E-mail : kamonrat.mam18@gmail.com																
	2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร: 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com																

หมวด	Service Excellence										
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต										
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	19. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า										
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI <u>ที่ไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) และไม่อยู่ระหว่างการนอนโรงพยาบาล</u></p> <p><u>ผู้ป่วยรายใหม่</u> หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่มีเงื่อนไข ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 16 - 20 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. หรือ 2. เมื่อมากกว่า 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 60 - 21 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. และติดตามต่ออีก 3 เดือนต่อไป ค่า eGFR ยังคงน้อยกว่า 15 หรือ 3. หากไม่มีข้อมูลผลตรวจเลือดเดิม ให้ยืนยันรายดังกล่าวอีกครั้ง ในระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนถัดไป 										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าร้อยละ 10</td> <td>มากกว่าร้อยละ 10</td> <td>มากกว่าร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10		
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10									
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลาย ๆ มาตรการร่วมกัน										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ eGFR ห้องปฏิบัติการนำผลการตรวจเข้าในระบบ HIS ของโรงพยาบาลทุกครั้ง และโรงพยาบาลส่งข้อมูลรูปแบบมาตรฐาน (43 แฟ้ม) เข้าระบบ HDC ตามระยะเวลาที่ HDC กำหนด - โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC 										
แหล่งข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) / Health Data Center (HDC)										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณปัจจุบัน										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณก่อนหน้า										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((B - A) / B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามผลรายไตรมาส และรายงานรอบ 12 เดือน										
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>มากกว่าร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	มากกว่าร้อยละ 10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	-	-	มากกว่าร้อยละ 10								
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด										

เอกสารสนับสนุน :	1. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565 (ฉบับปรับปรุง) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2565	2566
		ร้อยละ	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ: 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ: 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์			

หมวด	Service Excellence																																																						
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																																																						
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ																																																						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																																																						
ชื่อตัวชี้วัด	20. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)																																																						
คำนิยาม	<p>บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งจากร่างผู้บริจาคอวัยวะ</p> <p>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2567 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2566 เป็นตัวหาร)</p>																																																						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ</p> <p>เกณฑ์การประเมิน : ปี 2568 เป้าหมายแยกรายเขตสุขภาพ</p> <table border="1" data-bbox="153 943 1453 1086"> <thead> <tr> <th>เขตสุขภาพ</th> <th>เขต 1</th> <th>เขต 2</th> <th>เขต 3</th> <th>เขต 4</th> <th>เขต 5</th> <th>เขต 6</th> <th>เขต 7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผล 67</td> <td>0.20</td> <td>0.21</td> <td>0.20</td> <td>0.27</td> <td>0.26</td> <td>0.39</td> <td>0.80</td> </tr> <tr> <td>เกณฑ์ 68</td> <td>≥ 0.22</td> <td>≥ 0.23</td> <td>≥ 0.22</td> <td>≥ 0.29</td> <td>≥ 0.29</td> <td>≥ 0.43</td> <td>≥ 0.89</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="153 1133 1453 1274"> <thead> <tr> <th>เขตสุขภาพ</th> <th>เขต 8</th> <th>เขต 9</th> <th>เขต 10</th> <th>เขต 11</th> <th>เขต 12</th> <th>เขต 13</th> <th>ประเทศ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผล 67</td> <td>1.55</td> <td>0.50</td> <td>0.25</td> <td>0.04</td> <td>0.08</td> <td>0.14</td> <td>0.32</td> </tr> <tr> <td>เกณฑ์ 68</td> <td>≥ 1.71</td> <td>≥ 0.55</td> <td>≥ 0.28</td> <td>≥ 0.05</td> <td>≥ 0.09</td> <td>≥ 0.16</td> <td>≥ 0.35</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="153 1321 1453 1415"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.35</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.39</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.43</td> </tr> </tbody> </table>		เขตสุขภาพ	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	ผล 67	0.20	0.21	0.20	0.27	0.26	0.39	0.80	เกณฑ์ 68	≥ 0.22	≥ 0.23	≥ 0.22	≥ 0.29	≥ 0.29	≥ 0.43	≥ 0.89	เขตสุขภาพ	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ	ผล 67	1.55	0.50	0.25	0.04	0.08	0.14	0.32	เกณฑ์ 68	≥ 1.71	≥ 0.55	≥ 0.28	≥ 0.05	≥ 0.09	≥ 0.16	≥ 0.35	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.35	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.39	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.43
เขตสุขภาพ	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7																																																
ผล 67	0.20	0.21	0.20	0.27	0.26	0.39	0.80																																																
เกณฑ์ 68	≥ 0.22	≥ 0.23	≥ 0.22	≥ 0.29	≥ 0.29	≥ 0.43	≥ 0.89																																																
เขตสุขภาพ	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ																																																
ผล 67	1.55	0.50	0.25	0.04	0.08	0.14	0.32																																																
เกณฑ์ 68	≥ 1.71	≥ 0.55	≥ 0.28	≥ 0.05	≥ 0.09	≥ 0.16	≥ 0.35																																																
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																																																					
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.35	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.39	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.43																																																					
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย 2. เพื่อเพิ่มจำนวนการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคสมองตาย 3. เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 																																																						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย severe brain injury เข้าเกณฑ์วินิจฉัยสมองตาย																																																						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 																																																						
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 																																																						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) ปีงบประมาณ 2568																																																						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2567																																																						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																																						
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																																																						

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ระบบการค้นหาผู้บริจาคเชิงรุก เป็นแนวปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วยสมองตายที่เป็น potential organ donor หรือผู้เสียชีวิตที่เป็น potential eye donor	- การอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรับบริจาคอวัยวะ ทีมผ่าตัดนำไตออก ทีมจัดเก็บดวงตา ทีมปลูกถ่ายไตและดวงตา และส่งเสริมให้มีพยาบาล TC ที่ผ่านหลักสูตร 4 เดือน ให้มีบทบาท มีคำตอบแทนที่เหมาะสม	- ผลักดันให้มีการจัดตั้ง regional retrieval team และ kidney transplant center ในทุกเขตสุขภาพ	- อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) (เป้าหมายอัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ)
วิธีการประเมินผล :	ติดตามและนิเทศผ่านการตรวจราชการ		
เอกสารสนับสนุน :	1. ข้อมูลรายงานศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
		อัตราส่วนต่อ 100	2565 2566 2567
			0.23 0.40 0.32
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโลก นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2206 2900 ต่อ 50139 โทรศัพท์มือถือ: 09 5409 1619 E-mail: korntip_p@rajavithi.go.th โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโลก นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2206 2900 ต่อ 50139 โทรศัพท์มือถือ: 09 5409 1619 E-mail: korntip_p@rajavithi.go.th โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์		

หมวด	Service Excellence
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>21. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง</p> <p>21.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>21.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <p>21.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>21.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>
คำนิยาม	<p>1) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยาเมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี</p> <p>* ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วย สามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานในปีงบประมาณนั้นได้</p> <p>2) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy) • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้นหลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื้อมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ \geq ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล <p>3) การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด</p> <p>4) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 50-70 ปีได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้นซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ</p>

	<p>5) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงอายุ 50-70 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ</p> <p>6) การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหาโรครก่อนการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น</p>																				
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="165 501 584 546">รายการตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="584 501 868 546">ปีงบประมาณ 68</th> <th data-bbox="868 501 1152 546">ปีงบประมาณ 69</th> <th data-bbox="1152 501 1436 546">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="165 546 584 636">ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)</td> <td data-bbox="584 546 868 636">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25</td> <td data-bbox="868 546 1152 636">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35</td> <td data-bbox="1152 546 1436 636">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45</td> </tr> <tr> <td data-bbox="165 636 584 770">ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy</td> <td data-bbox="584 636 868 770">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="868 636 1152 770">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="1152 636 1436 770">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td data-bbox="165 770 584 860">ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</td> <td data-bbox="584 770 868 860">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="868 770 1152 860">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55</td> <td data-bbox="1152 770 1436 860">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55</td> </tr> <tr> <td data-bbox="165 860 584 994">ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy</td> <td data-bbox="584 860 868 994">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="868 860 1152 994">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55</td> <td data-bbox="1152 860 1436 994">มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55</td> </tr> </tbody> </table>	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																		
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45																		
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60																		
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55																		
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55																		
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p>																				
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (Positive) ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy) 3. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ) 4. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (Positive) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy 																				
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ตามเป้าหมาย 5 ปี (C1) 2. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม (C2) 3. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP1) 4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP2) 5. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (F1) 6. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F2) 7. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (CL1) 8. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL2) <p>* <u>การบันทึกข้อมูล</u></p>																				

	<p>1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)</p> <p>2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้</p>																				
แหล่งข้อมูล	<p>1. มะเร็งปากมดลูก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) - ฐานข้อมูล สปสช. - โปรแกรม Krungthai Digital Health Platform <p>2. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) - ฐานข้อมูล สปสช. 																				
รายการข้อมูล 1	<p>A(C2) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม</p> <p>* เป็นการนับจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองแบบสะสม (เริ่มนับตั้งแต่ปีงบประมาณแรกของ Phase นั้น ๆ สะสมไปจนครบ 5 ปี เช่น ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2567, 2568 - 2572) ตัวอย่างการนับจำนวนสะสม เช่น</p> <p style="text-align: center;">การดำเนินงานคัดกรองปี 2565- 2567 (ไตรมาส 3)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2565</td> <td>25,000</td> <td>25,000</td> <td>25,000</td> <td>25,000</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>25,000</td> <td>25,000</td> <td>25,000</td> <td>25,000</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>25,000</td> <td>25,000</td> <td>25,000</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">ผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม เท่ากับ 275,000 ราย</p> <p>A(CP2) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <p>A(F2) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>A(CL2) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>	ปีงบประมาณ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	2565	25,000	25,000	25,000	25,000	2566	25,000	25,000	25,000	25,000	2567	25,000	25,000	25,000	-
ปีงบประมาณ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4																	
2565	25,000	25,000	25,000	25,000																	
2566	25,000	25,000	25,000	25,000																	
2567	25,000	25,000	25,000	-																	
รายการข้อมูล 2	<p>B(C1) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี ตามเป้าหมาย 5 ปี *</p> <p>* ตามเป้าหมาย 5 ปี หมายถึง ค่าประมาณการจากร้อยละ 70 ของประชากรอายุ 30 – 60 ปี ทุกสิทธิการรักษา (ใช้ฐานประชากรจากทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมาเป็นตัวเลขตั้งต้น)</p> <p><u>ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายที่ 5 ปี</u></p> <p>จังหวัด..... มีประชากรอายุ 30 – 60 ปี ทุกสิทธิการรักษา (จากฐานประชากรจากทะเบียนราษฎร) 100,000 คน ดังนั้น ร้อยละ 70 ของประชากร 100,000 คน = 70,000 คน</p> <p>สรุป ค่าเป้าหมาย 5 ปี = 70,000 คน</p> <p>B(CP1) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ</p> <p>B(F1) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (เป้าหมายรายปี)</p> <p>เป้าหมายรายปี : ประมาณการจาก 10% ของประชากรอายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> <u>ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี :</u> ประชากร อายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา มี 100,000 คน 10% ของ 100,000 คน ค่าเป้าหมายรายปี 10,000 คน </td> </tr> </table> <p>B(CL1) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ</p>	<u>ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี :</u> ประชากร อายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา มี 100,000 คน 10% ของ 100,000 คน ค่าเป้าหมายรายปี 10,000 คน																			
<u>ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี :</u> ประชากร อายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา มี 100,000 คน 10% ของ 100,000 คน ค่าเป้าหมายรายปี 10,000 คน																					

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งปากมดลูก 1. $(A(C2)/ B(C1)) \times 100$ 2. $(A(CP2)/ B(CP1)) \times 100$ * ตัวอย่างการคำนวณตามสูตร <u>ปีงบประมาณ 2568 :</u> A(C2) = ในปีงบประมาณ 2568 ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรวมทุกวิธี (HPV + Pap smear + VIA) ได้ 9,000 คน B(C1) = ประชากรเป้าหมาย (5 ปี) จำนวน 70,000 คน คิดเป็น $(9,000/70,000) \times 100 =$ ร้อยละ 12.86 <u>ปีงบประมาณ 2569 :</u> A(C2) = ในปีงบประมาณ 2568 – 2569 ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรวมทุกวิธี (HPV + Pap smear + VIA) ได้ 15,000 คน B(C1) = ประชากรเป้าหมาย (5 ปี) จำนวน 70,000 คน คิดเป็น $(15,000/70,000) \times 100 =$ ร้อยละ 21.43 <u>ปีงบประมาณ 2570 :</u> A(C2) = ในปีงบประมาณ 2568 - 2570 ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรวมทุกวิธี (HPV + Pap smear + VIA) ได้ 25,000 คน B(C1) = ประชากรเป้าหมาย (5 ปี) จำนวน 70,000 คน คิดเป็น $(25,000/70,000) \times 100 =$ ร้อยละ 35.71 สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1. $(A(F2)/ B(F1)) \times 100$ 2. $(A(CL2)/ B(CL1)) \times 100$ * ตัวอย่างการคำนวณตามสูตร <u>ปีงบประมาณ 2568 :</u> A(F2) = ในปีงบประมาณ 2568 ทำการคัดกรองมะเร็งลำไส้ได้ 5,000 คน B(F1) = ประชากรเป้าหมาย (เป้าหมายรายปี) จำนวน 10,000 คน คิดเป็น $(5,000/10,000) \times 100 =$ ร้อยละ 50																																													
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																																													
เกณฑ์การประเมิน :																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการตัวชี้วัด</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)</td> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</td> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	รายการตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
รายการตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25																																										
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50																																										
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50																																										
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50																																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																											
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25																																											
-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50																																											
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50																																											
-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50																																											

วิธีการประเมินผล :	<p>มะเร็งปากมดลูก</p> <ol style="list-style-type: none"> ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ ฐานข้อมูล สปสช. <p>มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <ol style="list-style-type: none"> ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ ฐานข้อมูล สปสช. จากระบบข้อมูล 43 แพ้ม (HDC) 				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักงานิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	19.1 คัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)	ร้อยละ	59.90	70.60	82.79
	19.2 ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	ร้อยละ	34.72	60.30	16.48
	19.3 คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ร้อยละ	40.45	61.55	65.16
	14.4 ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	ร้อยละ	16.59	22.68	34.76
	<p>หมายเหตุ : 1) ข้อมูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการส่องกล้อง Colposcopy จากฐานข้อมูล สปสช. ณ วันที่ 30 ก.ย. 2567 2) ข้อมูลคัดกรองมะเร็งลำไส้และการส่องกล้อง Colonoscopy จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 ก.ย. 2567</p>				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> ร.อ.นพ.สมชาย ณะสิทธิชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 นพ.दनัย มโนรมณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 <p>สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์</p>		<p>ผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ: 086 519 4428</p>		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> ร.อ.นพ.สมชาย ณะสิทธิชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 นพ.दनัย มโนรมณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 <p>สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์</p> <ol style="list-style-type: none"> นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรสาร: 0 2591 8279 <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>		<p>ผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ: 086 519 4428</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com</p>		

หมวด	Service Excellence											
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)											
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง (ประเมินโดยใช้ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Overt Aggression Scale : OAS) ที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการคัดกรองบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครบตามโปรแกรมมาตรฐานต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตามทางการแพทย์ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 68</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 69</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 70</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 71</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td>70</td> <td>72</td> <td>72</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	70	70	72	72
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71									
70	70	72	72									
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดในทุกระดับความรุนแรง (แบ่งตามสี) ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)											
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ครบตามโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแล ติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน* และครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมด ที่ครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ เสียชีวิต ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน											
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2568	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">รอบ 3 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 6 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 9 เดือน</td> <td style="width: 25%;">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	70	70	70	70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
70	70	70	70									

หมวด	Service Excellence		
แผนงาน	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	23. ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ทั้งหมด ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล โดยการส่งการของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH ED. Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>หน่วยปฏิบัติการแพทย์ หมายถึง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ทุกระดับ ที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินโดยการส่งการของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 70
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 29	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ทั้งหมด (ER Visit) โดยไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Level 1-สีแดง) จำแนกตามการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินทั้งหมด (ER Visit)		
	ผ่านระบบ Google Sheet : https://me-qr.com/zpzFvet4		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการคัดแยกผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน เฉพาะการมาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เท่านั้น		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ทั้งหมด (ER Visit) ไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		

เกณฑ์การประเมิน: เป็นร้อยละค่าเฉลี่ยจึงเท่ากันทุกไตรมาส					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 28	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 28	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 28	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 28		
วิธีการประเมินผล :	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 28				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือคัดกรองสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	จำนวนของ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ที่มาโดย EMS	ครั้ง	92,580	121,626	299,604
	จำนวนของ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมด ที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน	ครั้ง	354,516	666,520	1,485,553
	ร้อยละ	26.11	18.25	20.17	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายรังสรรค์ คูหากาญจน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-872-1600 โทรสาร: 02-872-1604 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ		ผู้จัดการงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ: 08-1172-1669 Email: rangsan.k@niems.go.th		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสาวศิริลักษณ์ พิทักษา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-872-1600 โทรสาร: 02-872-1604 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ		พนง.ปฏิบัติการ กลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ: 08-1736-1669 Email: siriluk.p@niems.go.th		

หมวด	Service Excellence
แผนงาน	การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการ	โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	24. ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ และผู้ป่วยที่ทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายฎีกา ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง และค่าสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการรักษา</p> <p>ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศ์วงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์” โดยต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของมูลนิธิ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีระบบหรือระเบียบการให้ความช่วยเหลือ และพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ รวมถึงค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ระบุในหนังสือ</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง และค่าสนับสนุนอื่น ๆ โดยมีใช้กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามคู่มือการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มี 4 กระบวนการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 2) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ จัดประชุมคณะกรรมการ เพื่อจัดทำแผน/แนวทางการดูแลหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 3) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ลงพื้นที่ให้การดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ตามแผนที่กำหนด 4) รายงานข้อมูลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาการ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ที่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติ ผ่านในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (หรือทุก 6 เดือนของปีงบประมาณ) <p>ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง ผู้ป่วยฯ ได้รับการดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง และค่าสนับสนุนอื่น ๆ และมีการรายงานข้อมูลเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ผ่านใน</p>

	<p>โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (หรือทุก 6 เดือนของปีงบประมาณ)</p> <p>ผู้ป่วยพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง ผู้ป่วยฯ ได้รับการดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด พื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง ที่มีระบุในหนังสือส่งตัว และมีการรายงานข้อมูลเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (หรือทุก 6 เดือนของปีงบประมาณ)</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70					
ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100					
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อให้ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ที่ได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิการรักษา และสิทธิพึงได้ตามคู่มือการดำเนินงานฯ รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง 2) เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ อย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับแผนงานพัฒนาโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ 						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่มีชีวิตอยู่						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) จังหวัดบันทึกรายละเอียดข้อมูลการรักษา/ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยฯ 2) คำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ตามแบบฟอร์ม ส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ strategic.ordpmoph@gmail.com 3) รายงานการประชุมคณะกรรมการฯ และแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ strategic.ordpmoph@gmail.com 						
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) คำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 3) รายงานการประชุมคณะกรรมการฯ และแผนการลงเยี่ยมผู้ป่วยฯ 						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่ยังมีชีวิตอยู่ ได้รับการลงเยี่ยมติดตามฯ และมีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยฯ						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4						

หมวด	People Excellence																																							
แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
โครงการ	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ																																							
ชื่อตัวชี้วัด	25. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ 25.1 การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง 25.2 ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ																																							
คำนิยาม	<p>25.1 การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง</p> <p>1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขตสุขภาพ</th> <th>จำนวนจังหวัด</th> <th>จังหวัด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> <td>ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> <td>กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>8</td> <td>นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>8</td> <td>กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>8</td> <td>จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>4</td> <td>กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>7</td> <td>นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>4</td> <td>ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>5</td> <td>ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>7</td> <td>กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>7</td> <td>นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการทุกสายงานที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง</p> <p>3. ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการ ณ วันที่ 2 ต.ค. 67 ตามเงื่อนไขที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงาน ดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่างและตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุง การรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่น ตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อนไปเขตสุขภาพอื่น หรือที่กำหนดอัตราตั้งใหม่ ฯลฯ</p> <p>4. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และให้ส่วนราชการบริหารตำแหน่งว่างที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยไม่ควรมีตำแหน่งข้าราชการว่างเกินร้อยละ 5 ของกรอบอัตราข้าราชการทั้งหมด และไม่ควรร</p>	เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด	1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	2	5	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท	4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก	5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี	6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ	7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร	11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี	12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง
เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด																																						
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน																																						
2	5	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์																																						
3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท																																						
4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก																																						
5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี																																						
6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ																																						
7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด																																						
8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี																																						
9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์																																						
10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร																																						
11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี																																						
12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง																																						

	ว่างติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกิน 1 ปี (ไม่รวมกรณีตำแหน่งที่อยู่ระหว่างการดำเนินการเพื่อบรรจุ ย้าย โอน เลื่อน หรือกรณีตำแหน่งอื่นที่ถูกกำหนดไว้เป็นการเฉพาะ)		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4 (12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3 (≥10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3 (≥11 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้การบริหารตำแหน่งว่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับแนวทางที่ คปร. กำหนด 2. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ข้าราชการทุกสายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)		
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือทั้งหมด ณ วันที่รายงานผล ดังนี้ ไตรมาสที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2568 ไตรมาสที่ 3 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2568		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำแหน่งข้าราชการทั้งหมด ณ วันที่ 2 ต.ค. 67		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. เขตสุขภาพมีแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. จัดส่งแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย ภายในวันที่ 7 มกราคม 2568	1. เขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 18 เมษายน 2568 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 5	1. เขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 18 กรกฎาคม 2568 ผ่านระบบออนไลน์ 3. 12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 5	1. เขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 20 กันยายน 2568 ผ่านระบบออนไลน์ 3. 12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4

*กำหนดการรายงานความก้าวหน้าฯ กองบริหารทรัพยากรบุคคลอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่างจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) กำกับ ติดตาม การดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายจากฐานข้อมูลที่เขตสุขภาพ รายงานผ่านระบบออนไลน์ ข้อมูลการรายงานของเขตสุขภาพที่ 1 - 12 													
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัด เอกสารแผนบริหารตำแหน่งและแบบฟอร์มรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายของทุกเขตสุขภาพ 													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="437 510 1465 741"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของเขตสุขภาพที่มี การบริหารจัดการกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>3.07</td> <td>4.13</td> <td>2.97</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2565	2566	2567	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มี การบริหารจัดการกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	3.07	4.13	2.97
Baseline data	หน่วยวัด			การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2565	2566	2567										
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มี การบริหารจัดการกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	3.07	4.13	2.97										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายสรรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1410 โทรสาร : 0 2590 1421 ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sansernx@gmail.com นางสาวเสาวลักษณ์ ฉิมจาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2068 โทรสาร : - รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - นางสาวฉวีวรรณ สำเภา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2080 โทรสาร : - รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - <p>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> นางสาวศุภกษร รัชส์ตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1348 โทรสาร : 0 2590 1344 นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - นางจันทร์เพ็ญ พันโนราช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1344 โทรสาร : 0 2590 1344 นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : hrss.group02@gmail.com <p>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล</p>													

คำนิยาม

25.2 ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ

1. **เขตสุขภาพ (Regional Health)** หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
2	5	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท
4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก
5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี
6	8	ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ
7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี
9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์
10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร
11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี
12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง

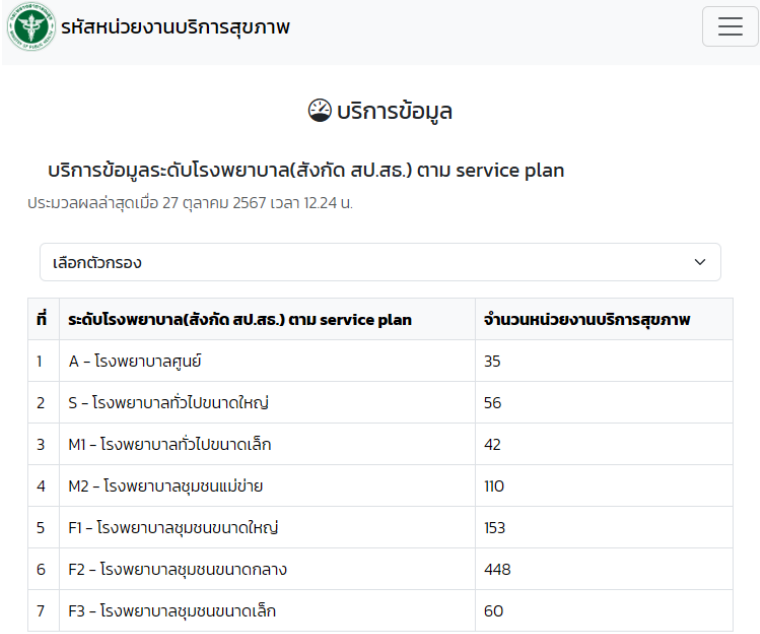
2. **การปรับปรุงกำหนดตำแหน่ง** หมายถึง การกำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้นนอกกรอบระดับตำแหน่ง ได้แก่ ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ระดับเชี่ยวชาญ ระดับทรงคุณวุฒิ รวมทั้งการเปลี่ยนชื่อตำแหน่งในสายงานประเภทวิชาการ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. **ตำแหน่งสายงานข้าราชการประเภทวิชาการ** หมายถึง ตำแหน่งประเภทวิชาการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 41 สายงาน ดังนี้ นายแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์ นักกิจกรรมบำบัด นักจัดการงานทั่วไป นักจิตวิทยานักจิตวิทยาคลินิก นักทรัพยากรบุคคล นักเทคนิคการแพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักประชาสัมพันธ์ นักโภชนาการ นักรังสีการแพทย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการตรวจสอบภายใน นักวิชาการเผยแพร่ นักวิชาการพยาบาล นักวิชาการพัสดุ นักวิชาการศึกษานักวิชาการสถิติ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการโสตทัศนศึกษา นักวิชาการอาหารและยานักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักวิเทศสัมพันธ์ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักสังคมสงเคราะห์ นักสาธารณสุข นิติกร บรรณารักษ์ แพทย์แผนไทย เภสัชกร วิศวกร วิศวกรโยธา นักฟิสิกส์การแพทย์ ช่างภาพการแพทย์

4. **การยกระดับบริการสุขภาพ** หมายถึง การพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง พร้อมทั้งสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยเน้นการ “เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน” ให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน บริบท ศักยภาพ และความพร้อมของพื้นที่

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
	ร้อยละ 0.5	ร้อยละ 1	ร้อยละ 1.5	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อปรับปรุงกำหนดตำแหน่งให้สอดคล้องกับภารกิจและโครงสร้าง รองรับการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพตามการจัดบริการรูปแบบใหม่ SAP 2. เพิ่มสัดส่วนความก้าวหน้าในสายวิชาชีพอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)			
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำแหน่งข้าราชการที่ได้รับการปรับปรุง ณ วันที่รายงานผล ดังนี้ ไตรมาสที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2568 ไตรมาสที่ 3 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2568			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำแหน่งข้าราชการประเภทวิชาการ ณ วันที่รายงานผล			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. จัดทำข้อมูลตำแหน่งประเภทวิชาการ แยกตามสายงาน และระดับตำแหน่ง ณ วันที่ 2 ต.ค. 67 2. ตรวจสอบการขอปรับปรุงตำแหน่งของเขตสุขภาพ	1. ตรวจสอบการขอปรับปรุงตำแหน่งของเขตสุขภาพ 2. รายงานผลการขอปรับปรุงตำแหน่งของเขตสุขภาพ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 18 เมษายน 2568 ผ่านระบบออนไลน์ 3. มีการปรับปรุงกำหนดตำแหน่งร้อยละ 0.25	1. ตรวจสอบการขอปรับปรุงตำแหน่งของเขตสุขภาพ 2. รายงานผลการขอปรับปรุงตำแหน่งของเขตสุขภาพ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 18 กรกฎาคม 2568 ผ่านระบบออนไลน์	1. ตรวจสอบการขอปรับปรุงตำแหน่งของเขตสุขภาพ 2. รายงานผลการขอปรับปรุงตำแหน่งของเขตสุขภาพ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 20 กันยายน 2568 ผ่านระบบออนไลน์ 3. มีการปรับปรุงกำหนดตำแหน่งร้อยละ 0.50
*กำหนดการรายงานความก้าวหน้า กองบริหารทรัพยากรบุคคลอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม				
วิธีการประเมินผล :	1. วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. ติดตามการดำเนินการปรับปรุงตำแหน่งจากฐานข้อมูลฯ			
เอกสารสนับสนุน :	หนังสือชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัด			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	ร้อยละการปรับปรุง ตำแหน่งให้สอดคล้องกับการ ยกระดับบริการสุขภาพ	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสรรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1410 โทรสาร : 0 2590 1421		ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sansernx@gmail.com		
	2. นางสาวเสาวลักษณ์ ฉิมจาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2068 โทรสาร : -		รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	3. นางสาวฉวีวรรณ สำเภา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2080 โทรสาร : -		รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -		
	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวศุภักษร รักสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1348 โทรสาร : 0 2590 1344		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -		
	2. นางจันทร์เพ็ญ พันโนราช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1344 โทรสาร : 0 2590 1344		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : hrss.group02@gmail.com		
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล					

หมวด	Governance Excellence
แผนงาน	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการ	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	26. ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง
คำนิยาม	<p>หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>  <p>มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ หมายถึง เกณฑ์การประเมิน Cybersecurity Assessment Matrix เช่นเดียวกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (จะมีหนังสือแจ้งเวียนเกณฑ์)</p> <div style="border: 1px solid green; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center; background-color: #c8e6c9; margin: 0;">เกณฑ์การประเมิน</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>1. Backup 2. Antivirus Software 3. Access Control (Public และ Private) 4. Privileged Access Management (PAM)</p> </div> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>5. Business Continuity Plan (BCP) และ Disaster Recovery Plan (DRP) 6. OS Patching 7. Multi-Factor Authentication (2FA) 8. Web Application Firewall (WAF) 9. Log Management 10. Security Information & Event Management (SIEM) 11. Vulnerability Assessment (VA Scan)</p> </div> <div style="border: 2px solid green; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>12. Software Update -> Optional 13. Penetration Testing -> Optional 14. Disaster Recovery site (DR) -> Optional</p> </div> </div>

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง				
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	
ร้อยละ 100 ของ หน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง	ร้อยละ 100 ของ หน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง	ร้อยละ 100 ของ หน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง	ร้อยละ 100 ของ หน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินทางคอมพิวเตอร์ ด้วยระบบป้องกัน ตรวจสอบ วิเคราะห์ และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ 2. เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบกรณีหน่วยงานถูกคุกคามทางไซเบอร์ที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการประชาชน และอาจส่งผลต่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล 3. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโอกาสเกิดช่องโหว่ภัยคุกคามทางไซเบอร์ 4. เพื่อให้ศูนย์ประสานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศด้านสาธารณสุข (HealthCERT) ได้รับการประสานงานอย่างรวดเร็ว และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ได้ทันเวลา 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์ 2. โรงพยาบาลทั่วไป 3. โรงพยาบาลชุมชน เฉพาะที่เปิดให้บริการแล้ว 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานดำเนินการปรับปรุงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และประเมินตนเอง หรือให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ตรวจประเมิน (หากเป็นเอกชนต้องมีใบรับรองมาตรฐาน) 2. หน่วยงานส่งผลประเมินตนเองพร้อมหลักฐานให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ การตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามช่องทางที่กำหนด ซึ่งจะแจ้งเวียนเป็นทางการต่อไป 3. คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้ค่าคะแนนรายหน่วยงาน ระดับเขียว/สูง เหลือง/กลาง, แดง/ต่ำ และส่งผลให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่อีเมล health-cirt@moph.go.th ทุกวันพฤหัสบดี 4. กรณีหน่วยงานที่ผลประเมินระดับสูง (เขียว) ให้ส่งยืนยันการรักษาระดับรอบ 6 เดือน (มีนาคม) รอบ 9 เดือน (มิถุนายน) และ รอบ 12 เดือน (กันยายน) ไม่เกินวันพฤหัสบดีสุดท้ายของเดือน 			
แหล่งข้อมูล	Cybersecurity Dashboard (https://ict.moph.go.th/th/extension/1524)			
รายการข้อมูล 1	A = หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง (สีเขียว)			
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยงานทั้งหมด (หน่วยงานตามที่กำหนดไว้ในคำนิยาม)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>หมายเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผลคำนวณเป็น 0 ให้ปัดเป็น 1 2) ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น 			

ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2568 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
โรงพยาบาลระดับ M1, S และ A ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และสำนักงานเขต สุขภาพ ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100 - โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ชุมชน ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100		
การคิดคะแนน :					
คะแนน	1	2	3	4	5
ผลดำเนินงาน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
ตัวอย่าง	$(202 / 902) \times 100 = 22.39$ คิดเป็น 1.12 คะแนน				
	$(875 / 902) \times 100 = 97.01$ คิดเป็น 4.85 คะแนน				
วิธีการประเมินผล :	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตรวจสอบหลักฐาน และนำผลประเมิน เข้าสู่ Cybersecurity Dashboard ทุกสัปดาห์				
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์การประเมิน Cybersecurity Assessment Matrix เผยแพร่ที่เว็บไซต์ https://cyber.moph.go.th/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	หน่วยงานที่ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ความมั่นคงปลอดภัย ไซเบอร์ระดับสูง	แห่ง	-	-	88
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ที่ปรึกษา : แพทย์หญิงสินสุชา บุญตันตราภิวัฒน์ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โทรศัพท์ : 09 8905 0442 E-mail: sinsucha@moph.go.th ผู้จัดทำรายงาน : นางสาวสุธาทิพย์ คล้ายเหล็ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ : 0 2590 1213 E-mail: khilaileng@moph.mail.go.th นางสาวณัฐนิชา จันทร์ทอง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 0 2590 2210 E-mail: health-cirt@moph.go.th นายสุทธิรักษ์ สงกา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ : 0 2590 1201 E-mail: health-cirt@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สร.				

หมวด	Governance Excellence								
แผนงาน	การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ								
โครงการ	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส								
ระดับการแสดงผล	ส่วนกลาง								
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA								
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐ ได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนัก และปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเอง มากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนัก ให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566-2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ประเด็น (21) การต่อต้านการทุจริต และประพฤติมิชอบ ที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 หน่วยงานภาครัฐ จะต้องมียุทธศาสตร์การประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แนวทาง และเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>94</td> <td>94</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	94	94	95
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
94	94	95							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผย ข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม 2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการ ปฏิบัติงานและให้การบริการราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรม และความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มารับบริการ ประชาชน และสังคม มีส่วนร่วมในการประเมินมากขึ้น 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 17 หน่วยงาน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนราชการระดับกรม จำนวน 10 หน่วยงาน 2. หน่วยงานของรัฐในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 หน่วยงาน 3. องค์การมหาชน จำนวน 2 หน่วยงาน 4. รัฐวิสาหกิจ จำนวน 1 หน่วยงาน 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย 17 หน่วยงาน จัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือการประเมิน ITA และตามปฏิทินการประเมิน ของสำนักงาน ป.ป.ช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568</p>								

	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	<ul style="list-style-type: none"> - จัดส่งปฏิทินการประเมิน - จัดการอบรมเกณฑ์การประเมิน ITA 2568 	<ul style="list-style-type: none"> - ลงทะเบียนเข้าใช้งานในระบบ ITAS - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT) 	<ul style="list-style-type: none"> - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ(OIT) 	<ul style="list-style-type: none"> - ศปท. สธ. รายงานผลคะแนนในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 - สรุปรายงานผลการประเมิน
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 2. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 3. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 ขึ้นไป (ใน 1 ปี) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (17 หน่วยงาน)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / B$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<ul style="list-style-type: none"> - จัดส่งปฏิทินการประเมิน - จัดการอบรมเกณฑ์การประเมิน ITA 2568 	<ul style="list-style-type: none"> - ลงทะเบียนเข้าใช้งานในระบบ ITAS - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT) 	<ul style="list-style-type: none"> - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT) 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลคะแนนในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 - สรุปรายงานผลการประเมิน

วิธีการประเมินผล :	1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูลประกอบด้วย (1) แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) (2) แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) และ (3) แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) ตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช.ในระบบ ITAS ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 2. รายงานในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในไตรมาสที่ 4 3. สรุปรายงานผลการประเมิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในไตรมาสที่ 4																						
เอกสารสนับสนุน :	1. ประกาศสำนักงาน ป.ป.ช. เรื่อง การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2567 2. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 3. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 4. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) 5. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศรองรับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment System : ระบบ ITAS) 6. คู่มือการประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของสำนักงาน ป.ป.ช.																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	หน่วยวัด ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. <table border="1" data-bbox="890 1256 1489 1688"> <thead> <tr> <th colspan="3"></th> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>76.47</td> <td>64.70</td> <td>94.12</td> </tr> <tr> <td>(13 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ไม่ผ่านเกณฑ์</td> <td>(11 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ไม่ผ่านเกณฑ์</td> <td>(16 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ผ่านเกณฑ์</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					2565	2566	2567				76.47	64.70	94.12	(13 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ไม่ผ่านเกณฑ์	(11 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ไม่ผ่านเกณฑ์	(16 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ผ่านเกณฑ์			
			2565	2566	2567																		
			76.47	64.70	94.12																		
(13 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ไม่ผ่านเกณฑ์	(11 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ไม่ผ่านเกณฑ์	(16 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ผ่านเกณฑ์																					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0" data-bbox="472 1688 1489 2087"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> นายพศวีร์ วัชรบุตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1330 โทรสาร : 0 2590 1330 </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9493 3537 E-mail : possavee@moph.mail.go.th </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1867 โทรสาร : 0 2590 1867 </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 E-mail : nanablogblog612@gmail.com </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</td> </tr> </table>					นายพศวีร์ วัชรบุตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1330 โทรสาร : 0 2590 1330	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9493 3537 E-mail : possavee@moph.mail.go.th	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1867 โทรสาร : 0 2590 1867	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 E-mail : nanablogblog612@gmail.com	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข											
นายพศวีร์ วัชรบุตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1330 โทรสาร : 0 2590 1330	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9493 3537 E-mail : possavee@moph.mail.go.th																						
ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข																							
นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1867 โทรสาร : 0 2590 1867	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 E-mail : nanablogblog612@gmail.com																						
ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข																							

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>นายพศวีร์ วัชรบุตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1330 โทรสาร : 0 2590 1330</p> <p>ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1867 โทรสาร : 0 2590 1867</p> <p>ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9493 3537 E-mail : possavee@moph.mail.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 E-mail : nanablogblog612@gmail.com</p>
---	---	--

หมวด	Governance Excellence
แผนงาน	การพัฒนาาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>28. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน</p> <p>28.1 ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน</p> <p>28.2 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน</p> <p>28.3 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน</p>
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 12 เขตสุขภาพ จำนวน 132 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มีนาคม 2567) - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 52 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 753 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มีนาคม 2567) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงที่เปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้นพัฒนา ชั้นที่ 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหา มา ทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง - HA ชั้นพัฒนา ชั้นที่ 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ขึ้นมาตรฐาน หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน <p>ขั้นก้าวหน้า คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองขั้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป</p> <p>โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน มีเงื่อนไขดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ขึ้นมาตรฐาน/ขั้นก้าวหน้า

	<p>2. โรงพยาบาลที่ได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า ครั้งที่ 1, 2, 3, 4, 5,....</p> <p>3. โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า มีสถานะหมดอายุ และอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ</p> <p>4. โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ขึ้นมาตรฐาน ที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองขึ้นก้าวหน้า</p>																
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1" data-bbox="256 501 1332 797"> <thead> <tr> <th data-bbox="256 501 707 600"></th> <th data-bbox="707 501 917 600">ปีงบประมาณ 2568</th> <th data-bbox="917 501 1128 600">ปีงบประมาณ 2569</th> <th data-bbox="1128 501 1332 600">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="256 600 707 651">1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป</td> <td data-bbox="707 600 917 651">ร้อยละ 100</td> <td data-bbox="917 600 1128 651">ร้อยละ 100</td> <td data-bbox="1128 600 1332 651">ร้อยละ 100</td> </tr> <tr> <td data-bbox="256 651 707 750">2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต</td> <td data-bbox="707 651 917 750">ร้อยละ 100</td> <td data-bbox="917 651 1128 750">ร้อยละ 100</td> <td data-bbox="1128 651 1332 750">ร้อยละ 100</td> </tr> <tr> <td data-bbox="256 750 707 797">3. โรงพยาบาลชุมชน</td> <td data-bbox="707 750 917 797">ร้อยละ 92</td> <td data-bbox="917 750 1128 797">ร้อยละ 92</td> <td data-bbox="1128 750 1332 797">ร้อยละ 92</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	3. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570														
1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100														
2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100														
3. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92														
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้ รพศ. รพท. และ รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ HA ขึ้นมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการใน รพศ. รพท. และ รพช. ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีความรู้ด้านคุณภาพตามมาตรฐานบริการ 3. เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และนำข้อมูลมาพัฒนาและบูรณาการการทำงานร่วมกับกลุ่มงานภายในกองบริหารการสาธารณสุข 4. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ 																
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 																
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA (ไม่มีขึ้น ขึ้นพัฒนา ขั้นที่ 1 ขึ้นพัฒนา ขั้นที่ 2 ขึ้นมาตรฐาน และขึ้นก้าวหน้า)</p>																
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</p> <p>https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA (ไม่มีขึ้น ขึ้นพัฒนา ขั้นที่ 1 ขึ้นพัฒนา ขั้นที่ 2 ขึ้นมาตรฐาน และขึ้นก้าวหน้า)</p>																
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองขึ้นมาตรฐาน + ขึ้นก้าวหน้า + ได้รับการต่ออายุขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า + ขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า ที่หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ขึ้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองขึ้นก้าวหน้า</p>																
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 132 แห่ง</p>																

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้นมาตรฐาน + ชั้นก้าวหน้า + ได้รับการต่ออายุชั้นมาตรฐาน/ชั้นก้าวหน้า + ชั้นมาตรฐาน/ชั้นก้าวหน้า ที่หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ชั้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองชั้นก้าวหน้า			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 52 แห่ง			
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองชั้นมาตรฐาน + ชั้นก้าวหน้า + ได้รับการต่ออายุชั้นมาตรฐาน/ชั้นก้าวหน้า + ชั้นมาตรฐาน/ชั้นก้าวหน้า ที่หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ชั้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองชั้นก้าวหน้า			
รายการข้อมูล 6	F = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 753 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	28.1 = (A/B) × 100 28.2 = (C/D) × 100 28.3 = (E/F) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00	ร้อยละ 91.00	ร้อยละ 92.00
วิธีการประเมินผล :	เงื่อนไข : 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 132 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มีนาคม 2567) 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 52 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 31 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 19 แห่ง (ไม่รวมโรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่) 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 753 แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มีนาคม 2567) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)			

	4. ผ่านการรับรองชั้นมาตรฐาน + ชั้นก้าวหน้า + ชั้นมาตรฐาน/ชั้นก้าวหน้า ที่หมดอายุ และอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ชั้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองชั้นก้าวหน้า					
เอกสารสนับสนุน :	เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA (ไม่มีชั้น ชั้นพัฒนาที่ 1 ชั้นพัฒนาที่ 2 ชั้นมาตรฐาน และชั้นก้าวหน้า)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2564	2565	2566	2567
	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	ร้อยละ 98.32 (117 / 119 แห่ง) ณ 30 ก.ย.64	ร้อยละ 100.00 (121/ 121 แห่ง) ณ 31 พ.ค.65	ร้อยละ 99.21 (125/ 126 แห่ง) ณ 31 พ.ค.66	ร้อยละ 98.43 (125/127 แห่ง) ณ วันที่ 30 กันยายน 2567
	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	ร้อยละ 100.00 (48 / 48 แห่ง) ณ 30 ก.ย.64	ร้อยละ 100.00 (49/ 49 แห่ง) ณ 31 พ.ค.65	ร้อยละ 100.00 (50/ 50 แห่ง) ณ 31 พ.ค.66	ร้อยละ 98 (49/50 แห่ง) ณ วันที่ 30 กันยายน 2567
ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	ร้อยละ 88.11 (652 / 740 แห่ง) ณ 30 ก.ย.64	ร้อยละ 92.41 (694/ 751 แห่ง) ณ 31 พ.ค.65	ร้อยละ 92.59 (686/ 749 แห่ง) ณ 31 พ.ค.66	ร้อยละ 87.80 (669/762 แห่ง) ณ วันที่ 30 กันยายน 2567	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรสาร : 0 2590 1631 ที่ปรึกษากองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com 2. นางณัฐธิมา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรสาร : 0 2590 1631 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 E-mail : Nuttina24@gmail.com 3. นางสาวอิติรัตน์ อนุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com 4. นางสาวสุชาดา ชำมสี่ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 E-mail : suchada.kms@gmail.com					

	<p>กรมการแพทย์</p> <p>1. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6132 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2591 8234 E-mail : -</p> <p>2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6138 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรสาร : 0 2591 8234 โทรศัพท์มือถือ : 08 2935 9893 E-mail : saraban_psd@dms.mail.go.th</p> <p>3. นางสาวกัลยณัฐ วังษ์ขุนไกล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6136 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรสาร : 0 2591 8234 โทรศัพท์มือถือ : 08 1696 9942 E-mail : saraban_psd@dms.mail.go.th</p> <p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. นางสาวอัจฉรา บุญชุม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3395 รักษาการผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรสาร : 0 2590 3268 โทรศัพท์มือถือ : 09 4261 5169 E-mail : Achara.mam@gmail.com</p> <p>2. นายธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3347 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรสาร : 0 2590 3348 โทรศัพท์มือถือ : 08 2446 6539 E-mail : tod_114@hotmail.com</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p> <p>1. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : - นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ โทรสาร : 0 2149 5533 โทรศัพท์มือถือ 09 0197 9302 E-mail : standard.dmh@gmail.com</p> <p>2. นางณัฐยาณ์ พงศ์พิยะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8225 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรสาร : 0 2149 5533 โทรศัพท์มือถือ 08 1551 2496 E-mail : standard.dmh@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 ที่ปรึกษากองบริหารการสาธารณสุข โทรสาร : 0 2590 1631 โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>2. นางณัฐธิมา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรสาร : 0 2590 1631 โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 E-mail : Nuttina24@gmail.com</p> <p>3. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรสาร : 0 2590 1631 โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com</p> <p>4. นางสาวสุชาดา ชำมสี โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรสาร : 0 2590 1631 โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 E-mail : suchada.kms@gmail.com</p>

<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>1. นางเกวณีน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1643 โทรสาร : 0 2590 1631</p> <p>2. นางณัฐธิมา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรสาร : 0 2590 1631</p> <p>3. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631</p> <p>4. นางสาวสุชาดา ชำมสี โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631</p>	<p>ที่ปรึกษากองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 9829 6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 E-mail : Nuttina24@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 E-mail : suchada.kms@gmail.com</p>
--	---	---

หมวด	Governance Excellence		
แผนงาน	การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ		
โครงการ	โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัด	<p>29. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามที่กำหนด</p> <p>29.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน</p> <p>29.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>29.3 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>		
คำนิยาม	<p>1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ</p> <p>2. เขตสุขภาพที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU region public health) หมายถึง เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) อย่างน้อยร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพ</p> <p>3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c</p> <p>ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย :	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 		
	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 6
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 75	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
	มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ทั้งหมด(181 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)	มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ทั้งหมด(271 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)	มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ทั้งหมด(362 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล ในระดับเขตสุขภาพ 2. เพื่อส่งเสริมการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล โดยนำร่องในรายการตรวจ HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้าน Overutilization และ Underutilization 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด		
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพที่ 1-12 หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล และ/ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน $(A/B) \times 100$		
รายการข้อมูล 1	C = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c		
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(C/D) \times 100$		
รายการข้อมูล 1	E = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามที่เกณฑ์กำหนด*		
รายการข้อมูล 2	F = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด $(E/F) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส และคำนวณตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปีงบประมาณ 2568:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 25	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 20	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 15	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 30	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 50	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70

อย่างน้อย 45 โรงพยาบาล (ร้อยละ 5) มีผลการ ดำเนินการตามเกณฑ์ที่ กำหนด*	อย่างน้อย 90 โรงพยาบาล (ร้อยละ 10) มีผลการ ดำเนินการตามเกณฑ์ที่ กำหนด*	อย่างน้อย 135 โรงพยาบาล (ร้อยละ 15) มีผลการ ดำเนินการตามเกณฑ์ที่ กำหนด*	อย่างน้อย 181 โรงพยาบาล (ร้อยละ 20) มีผลการ ดำเนินการตามเกณฑ์ที่ กำหนด*																								
วิธีการประเมินผล :	เขตสุขภาพที่ 1-12 โรงพยาบาล และสสจ. รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุข ตามระบบรายงานที่กำหนด ส่วนกลาง ประมวลข้อมูล เพื่อจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ และคืนกลับข้อมูลให้พื้นที่ ใน ลักษณะ dashboard																										
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) https://rluthailand.com/																										
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน ตามเกณฑ์พัฒนาสู่ โรงพยาบาลที่มีการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital)</td> <td>จำนวน</td> <td>-</td> <td>23</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่ เกินร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2565	2566	2567	จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน ตามเกณฑ์พัฒนาสู่ โรงพยาบาลที่มีการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital)	จำนวน	-	23	90	ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่ เกินร้อยละ 10	ร้อยละ	-	-	-	ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละ	-	-	-			
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																							
		2565	2566	2567																							
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน ตามเกณฑ์พัฒนาสู่ โรงพยาบาลที่มีการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital)	จำนวน	-	23	90																							
ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่ เกินร้อยละ 10	ร้อยละ	-	-	-																							
ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละ	-	-	-																							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุรศักดิ์ หมั่นพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2589-9850-8 โทรสาร : 0-2951-1270		ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 0819654402 E-mail : surasak.m@dmsc.mail.go.th สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์																								
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางสาวรัฐกาญจน์ ละเอียดดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2951-0000 ต่อ 99759 โทรสาร : -		นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0619941464 E-mail : nattakarn.l@dmsc.mail.go.th สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์																								
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวนภาพร จริงจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2951-0000 ต่อ 99760 โทรสาร : -		นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 0858889828 E-mail : nawaporn.j@dmsc.mail.go.th สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์																								

*เกณฑ์ที่กำหนดการเป็น RLU hospital

กิจกรรม	หลักฐาน
<u>บันไดขั้นที่ 1 กรรมการ RLU</u>	
1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr. RLU หรือ RLU coordinator ฯลฯ)	<ol style="list-style-type: none"> คำสั่งแต่งตั้งก. RLU ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบหลัก ที่ลงนามโดยผ.รพ. หรือผู้บริหารสูงสุด หลักฐานการประชุม / มติ / การนำไปปฏิบัติ
1.2 จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital ที่ลงนามโดยผ.รพ.	<ol style="list-style-type: none"> ประกาศเจตนารมณ์ RLU ที่ผ.รพ.หรือผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร หลักฐานการสื่อสาร ที่ผู้เกี่ยวข้องลงนามรับทราบ
<u>บันไดขั้นที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล</u>	
2.1 วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization)	<ol style="list-style-type: none"> หลักฐานการประชุม และมติ รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) บัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization)
<u>บันไดขั้นที่ 3 กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization</u>	
3.1 กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization	<ol style="list-style-type: none"> มีหลักฐานแสดงมาตรการ หรือประกาศ หรือแนวทางของ รพ. ที่กำหนดในการปฏิบัติงาน
<u>บันไดขั้นที่ 4 การประเมินผล</u>	
4.1 มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)	<ol style="list-style-type: none"> หลักฐานการกำหนดเป็นตัวชี้วัด RLU ของ รพ.ที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ผ.รพ.หรือผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร หลักฐานการประเมินผลตัวชี้วัด RLU

หมายเหตุ ควรเพิ่มโรค ภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา overutilization และ/หรือ underutilization ทุกปี

หมวด	Governance Excellence								
แผนงาน	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ								
โครงการ	โครงการลดความเหลื่อมล้ำของกองทุนหลักประกันสุขภาพ								
ระดับการแสดงผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	30. ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)								
คำนิยาม	อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td> <td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td> <td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง							
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ▪ ระบบประกันสังคม (SSS) ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีคู่ ได้ผลการวิเคราะห์ในปีถัดไป เช่น ผลสำรวจฯ ในปี 2566 จะรายงานในปี 2567 และปี 2568 ผลสำรวจในปี 2568 จะรายงานในปี 2569 และ 2570)								
แหล่งข้อมูล	สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาคุณภาพระหว่างประเทศ								
รายการข้อมูล 1	<p>1.1 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): CR-UCS</p> <p>1.2 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบประกันสังคม (SSS): CR-SSS</p> <p>1.3 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS): CR-CSMBS</p> <p>1.4 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ: CR-Total</p>								
รายการข้อมูล 2	<p>ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ</p> <p>2.1 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total)</p> <p>2.2 ระบบประกันสังคม (SSS): Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total),</p> <p>2.3 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total)</p>								
รายการข้อมูล 3	<p>3. ค่าเฉลี่ยของ ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ: ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) }</p>								
รายการข้อมูล 4	<p>4.1 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): UR-IP-UCS</p> <p>4.2 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบประกันสังคม (SSS): UR-IP-SSS</p> <p>4.3 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS): UR-IP-CSMBS</p> <p>4.4 ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ: ผลรวม { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS }</p>								

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ของค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ คูณ ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ : ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } * { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS }
--------------------	--

ระยะเวลาประเมินผล	สิ้นปีงบประมาณ
-------------------	----------------

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2568:

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

2569:

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

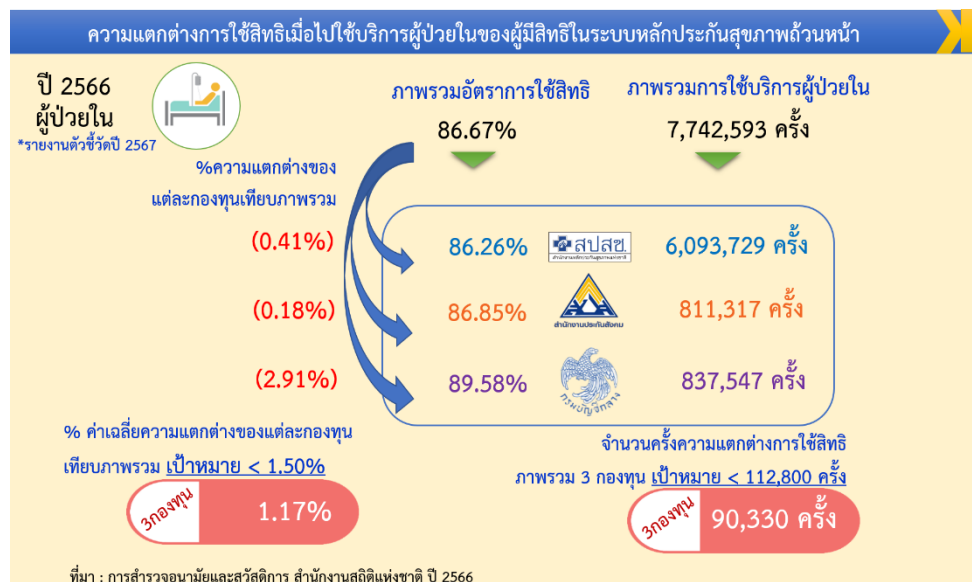
2570:

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

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

เอกสารสนับสนุน :	
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน



รายการ 1					รายการ 2				
ปี	64*	65**	66**	67***	อัตราร้อยละ	64*	65**	66**	67***
CR-UCS	85.26%	88.49%	88.49%	86.26%	Absolute Diff (CR-UCS, CR-total)	0.89%	0.23%	0.23%	0.42%
CR-SSS	87.36%	90.66%	90.66%	86.85%	Absolute Diff (CR-SSS, CR-total)	1.20%	1.94%	1.94%	0.18%
CR-CSMBS	92.34%	87.05%	87.05%	89.58%	Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-total)	6.19%	1.67%	1.67%	2.90%
CR-Total	86.15%	88.72%	88.72%	86.67%	รายการ 3: ความแตกต่างอัตราการใช้ สิทธิ (Compliance Rate)	2.76%	1.28%	1.28%	1.17%

หมายเหตุ: ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปี) ได้ผลการวิเคราะห์ในปีถัดไป

* ผลสำรวจฯ ในปี 2562 จะรายงานตัวชี้วัดในปี 2563 และปี 2564

** ผลสำรวจฯ ในปี 2564 จะรายงานตัวชี้วัดในปี 2565 และปี 2566

*** ผลสำรวจฯ ในปี 2566 จะรายงานตัวชี้วัดในปี 2567 และปี 2568 (ผลสำรวจในปี 2568 จะรายงานตัวชี้วัดในปี 2569 และ 2570)

รายการ 4

จำนวนครั้ง	จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) จำแนกตามสิทธิ			
	ผลบริการปี 63 รายงานปี 64	ผลบริการปี 64 รายงานปี 65	ผลบริการปี 65 รายงานปี 66	ผลบริการปี 66 รายงานปี 67
UR-IP_UCS	5,859,145	5,811,733	6,226,682	6,093,729
UR-IP-SSS	811,317	811,317	811,317	811,317
UR-IP-CSMBS	745,795	704,178	925,629	837,547
UR-IP-Total	7,416,257	7,327,228	7,963,628	7,742,593

หมายเหตุ: รายงานตัวชี้วัดในปีปัจจุบัน จะใช้จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ย้อนหลัง 1 ปี เนื่องจากการวิเคราะห์จะแล้วเสร็จในปีถัดไป

รายการ 5

จำนวนครั้ง	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด			
	2564	2565	2566	2567
ค่าเฉลี่ยอัตราความแตกต่างการใช้สิทธิ * ผลรวม จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ	204,936	93,789	101,934	90,330

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	อมรรัตน์ เถาวะบุญพัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สปสข.	นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	อมรรัตน์ เถาวะบุญพัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สปสข.	นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	อมรรัตน์ เถาวะบุญพัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สปสข.	นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th

หมวด	Governance Excellence								
แผนงาน	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ								
โครงการ	โครงการลดความเหลื่อมล้ำของกองทุนหลักประกันสุขภาพ								
ระดับการแสดงผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	31.ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)								
คำนิยาม	<p>ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ประกอบด้วย</p> <p>(1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ</p> <p>(2) สิทธิประกันสังคม (3) สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (4) ผู้ประกันตนคนพิการ (5) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (6) สิทธิครูเอกชน (7) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เปรียบเทียบกับ ประชากรไทยที่ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1) - (7) และ (8) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (9) บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน รอยืนยันสิทธิ (10) คนไทยในต่างประเทศ</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)							
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความสามารถในการเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่</p> <p>(1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ</p> <p>(2) สิทธิประกันสังคม</p> <p>(3) สิทธิสวัสดิการข้าราชการ</p> <p>(4) ผู้ประกันตนคนพิการ</p> <p>(5) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น</p> <p>(6) สิทธิครูเอกชน</p> <p>(7) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ</p> <p>(8) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ</p> <p>(9) บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน รอยืนยันสิทธิ</p> <p>(10) คนไทยในต่างประเทศ</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลการลงทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ								
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการลงทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ								
รายการข้อมูล 1	<p>A = ประชากรไทยที่ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย</p> <p>(1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ</p> <p>(2) สิทธิประกันสังคม</p> <p>(3) สิทธิสวัสดิการข้าราชการ</p> <p>(4) ผู้ประกันตนคนพิการ</p> <p>(5) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น</p> <p>(6) สิทธิครูเอกชน</p> <p>(7) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ</p>								

รายการข้อมูล 2	B = ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย (1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (2) สิทธิประกันสังคม (3) สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (4) ผู้ประกันตนคนพิการ (5) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (6) สิทธิครูเอกชน (7) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (8) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (9) บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน รอยืนยันสิทธิ (10) คนไทยในต่างประเทศ																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) $(A / B) * 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส																								
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2568: <table border="1" data-bbox="167 862 1444 1019"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> </tr> </tbody> </table> 2569: <table border="1" data-bbox="167 1064 1444 1220"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> </tr> </tbody> </table> 2570: <table border="1" data-bbox="167 1265 1444 1422"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> <td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)																						
วิธีการประเมินผล :	1. อัตราความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ไม่น้อยกว่า 99.55% 2. ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน																								
เอกสารสนับสนุน :																									

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ	47,555,113	47,179,787	46,934,110	46,921,134
2	สิทธิประกันสังคม	12,464,007	12,754,427	12,853,541	12,817,608
3	สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	5,273,511	5,297,740	5,320,944	5,399,981
4	ผู้ประกันตนคนพิการ	13,923	12,919	12,431	12,075
5	สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น	630,414	639,557	681,009	687,570
6	สิทธิครูเอกชน	86,861	76,528	81,319	71,976
7	บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	538,508	729,019	718,732	715,945
8	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ	187,816	197,902	203,805	94,251
9	บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ)	90,584	85,034	80,560	77,465
10	คนไทยในต่างประเทศ	11,841	11,070	10,432	9,907
ตัวตั้ง: ผู้ลงทะเบียนสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7)		66,562,337	66,689,977	66,602,086	66,626,289
ตัวหาร: รวมผู้มีสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10)		66,852,578	66,983,983	66,896,883	66,807,912
ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) (ตัวตั้ง / ตัวหาร *100)		99.57	99.56	99.56	99.73

ที่มา: ฐานข้อมูลการลงทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2567

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สปสช.	นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สปสช.	นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สปสช.	นักวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th

หมวด	Governance Excellence
แผนงาน	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการ	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	32. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 32.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7) 32.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน 5. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 CR < 1.5 1.2 QR < 1.0 1.3 Cash < 0.8 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < 0 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน <p>*โดยให้นำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าว มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 0 - 1 ปกติ</p> <p>ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายหลัง 3 เดือน</p> <p>ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายหลัง 6 เดือน</p>

	<p>ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง</p> <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหามาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p>									
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2</td> <td>ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2</td> <td>ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4</td> <td>ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4</td> <td>ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70								
ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2								
ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4								
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ 									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส									
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ									
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7									
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 902 แห่ง									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A / B									
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4									
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0</td> <td>ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0</td> <td>ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2</td> <td>ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4							
วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์									
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน									

หมวด	Health - Related Economy Excellence								
แผนงาน	อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย								
โครงการ	โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	33. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด								
คำนิยาม	<p>อัตราการเพิ่มขึ้น หมายถึง การเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง 3 ปี รวมกับของปี 2568 เทียบกับจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง 3 ปี</p> <p>สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และมีการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการดูแล ฟันฟูสุขภาพ ได้แก่ สปา นวดเพื่อสุขภาพ นวดเสริมความงาม (การรับรองมาตรฐานตามที่กำหนดมีอายุ 3 ปี)</p> <p>มาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง รางวัลนวดไทยพรีเมียม (Nuad Thai Premium Award) หรือรางวัล Thai Spa Premium</p> <p>ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับการส่งเสริม พัฒนา และยกระดับให้ได้รับการตรวจประเมิน ถิ่นกรอง และได้รับรองตามเกณฑ์รางวัลนวดไทยพรีเมียม (Nuad Thai Premium Award) หรือรางวัล Thai Spa Premium</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20							
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริม พัฒนา และยกระดับ สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานที่กำหนด รายงานเป็นรายไตรมาส								
แหล่งข้อมูล	1. สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร (ข้อมูลระดับส่วนกลาง) 2. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1-12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับส่วนภูมิภาค)								
รายการข้อมูล 1	จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง 3 ปี และของปี 2568 (ปี 2565 + ปี 2566 + ปี 2567 + ปี 2568)								
รายการข้อมูล 2	จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 + ปี 2566 + ปี 2567)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\text{อัตราการเพิ่มขึ้น} = \frac{(A - B)}{B} \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส								

เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
<p>1. ถ่ายทอดหลักเกณฑ์การประเมินตนเองสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด</p> <p>2. แผนการขับเคลื่อนและยกระดับสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด</p>	<p>1. พัฒนาศักยภาพสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด</p> <p>2. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกลุ่มเป้าหมายมีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>3. สถานประกอบการกลุ่มเป้าหมาย ที่ผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานที่กำหนดได้รับการตรวจประเมินโดยคณะกรรมการระดับเขต</p>	<p>1. สถานประกอบการกลุ่มเป้าหมาย ที่ผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานที่กำหนดได้รับการตรวจประเมินโดยคณะกรรมการระดับเขต</p> <p>2. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการรับรองตามมาตรฐานตามที่กำหนดในระดับเขต</p>	<p>1. รับรองสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์รางวัลนวัตกรรมไทยพรีเมียม (Nuad Thai Premium Award) หรือรางวัล Thai Spa Premium</p> <p>2. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ 20)</p>		
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานที่กำหนด รายงานเป็นรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์มาตรฐานรางวัลนวัตกรรมไทยพรีเมียม และรางวัล Thai Spa Premium ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	แห่ง	28	139	222
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายไตรเทพ เต็มทิมรัฐ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18605</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 097-078-9315 E-mail : planhss.hss@gmail.com</p> <p>กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายอัศวพล คุรุศาสตร์ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมบริการแพทย์ครบวงจร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18403 โทรศัพท์มือถือ : 081-595-4450 E-mail : akraponmuk@gmail.com</p> <p>2. นางสาวศิริินภา สระทองหน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18421 โทรศัพท์มือถือ : 093-650-8942 E-mail : sirinapha.ihd@gmail.com</p> <p>สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมบริการแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>				



หมวด	Health - Related Economy Excellence								
แผนงาน	อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย								
โครงการ	โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	34. อัตราการขยายตัวของกลุ่มอุตสาหกรรมทางการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Proxy : ร้อยละสถานประกอบการมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์)								
คำนิยาม	<p>1. สถานประกอบการ หมายถึง สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล / สถานพยาบาล ภาคเอกชน) ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ซึ่งมีลักษณะการให้บริการด้านเวชกรรมความงามและเวชศาสตร์ชะลอวัย - สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และได้รับการรับรองตามเกณฑ์รางวัลนวัตกรรมไทยพรีเมียม (Nuad Thai Premium Award) หรือรางวัล Thai World Class Spa ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานตามที่กำหนดมีอายุไม่เกิน 3 ปี <p>2. มีศักยภาพในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง สถานพยาบาล และสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริม พัฒนา และยกระดับคุณภาพตามองค์ประกอบเกณฑ์รางวัลคุณภาพเวลเนสแห่งชาติ (Thailand Wellness Award : TiWA) ให้อยู่ในระดับมาตรฐาน ตามประเภทของเกณฑ์รางวัล ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) ประเภทสถานพยาบาลเวลเนส (Wellness Care Award) สำหรับสถานพยาบาล (2) ประเภทสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพเวลเนส (Wellness Nuad-Thai) สำหรับสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ (3) ประเภทสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพเวลเนส (Wellness Spa) สำหรับสถานประกอบการสปา 								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 68</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 69</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 10</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10							
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริม พัฒนา สถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงาม และเวชศาสตร์ชะลอวัย) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้มีศักยภาพในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงาม และเวชศาสตร์ชะลอวัย) 2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานที่กำหนด รายงานเป็นรายไตรมาส								
แหล่งข้อมูล	1. สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมแพทย์ครบวงจร (ข้อมูลระดับส่วนกลาง) 2. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1-12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับส่วนภูมิภาค)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงาม และเวชศาสตร์ชะลอวัย) และสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568								

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงาม และเวชศาสตร์ชะลอวัย) และสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมาย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1. พัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพ เวลเนสแห่งชาติ (Thailand Wellness Award: Tiwa) ประเภท Wellness Care Awards /Wellness Nuad - Thai) และ Wellness Spa 2. ถ่ายทอดกรอบเกณฑ์การประเมินรางวัลคุณภาพ เวลเนสแห่งชาติ (Thailand Wellness Award: Tiwa) 3. แผนการขับเคลื่อนและยกระดับสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายให้มีศักยภาพในการแข่งขัน	พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงามและเวชศาสตร์ชะลอวัย) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายให้มีศักยภาพ รองรับการแข่งขันด้านท่องเที่ยว เชิงสุขภาพ	สถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงามและเวชศาสตร์ชะลอวัย) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์ประเมินระดับมาตรฐาน (ร้อยละ 5)	สถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงามและเวชศาสตร์ชะลอวัย) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์ประเมินระดับมาตรฐาน (ร้อยละ 10)	
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานที่กำหนด รายงานเป็นรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือเกณฑ์รางวัลคุณภาพเวลเนสแห่งชาติ (Thailand Wellness Award: Tiwa)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	-	-	-	-	-
	หมายเหตุ : เป็นตัวชี้วัดที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายใหม่ ดำเนินการในปี 2568				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายไตรเทพ เต็มทิวา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18605 E-mail : planhss.hss@gmail.com กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 097-078-9315		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายอักรพล คุรุศาสตร์รา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18403 โทรศัพท์มือถือ : 081-595-4450 E-mail : akraponmuk@gmail.com 2. นางสาวศิริินภา สระทองหน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18421 โทรศัพท์มือถือ : 093-650-8942 E-mail : sirinapha.ihd@gmail.com สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				

หมวด	Health - Related Economy Excellence											
แผนงาน	อุตสาหกรรมกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย											
โครงการ	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	35. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต											
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย โดยได้รับการอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)</p> <p>ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการกลุ่มเศรษฐกิจฐานรากในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ โดยต้องเข้าข่ายคุณลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 2) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562 3) ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ. โรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 <p>ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบหลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่างๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ จนสามารถได้รับการอนุญาตผลิตภัณฑ์ใหม่</p> <p>ร้อยละ 90 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาต โดยมีเป้าหมายร้อยละ 90</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> <td>ปีงบประมาณ 71</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 92</td> <td>ร้อยละ 94</td> <td>ร้อยละ 96</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71									
ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96									
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย โดยอาจประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการ BCG โมเดล นำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	อย. นำผลพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพจากส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคเข้าระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข											
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเป้าหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริม											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	6, 9 และ 12 เดือน											
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60	ร้อยละ 90									



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค
ตามประกาศของโรงพยาบาลนาหมื่น
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลนาหมื่น จังหวัดน่าน	
วัน/เดือน/ปี : ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๗	
หัวข้อ : นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)	
นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ และขอเผยแพร่บนเว็บไซต์	
http://www.namuenhospital.go.th	
๑) นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘	
Link ภายนอก : ไม่มี	
หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	ผู้อนุมัติรับรอง
ร.ร. น1 (นางสาววาสนา มั่งวงศ์) นักวิชาการสาธารณสุข	 (นายวิษณุ มงคลคำ) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาหมื่น
วันที่ ๒๐ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	วันที่ ๒๐ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลเผยแพร่	
 (นางสาวศิรินา ตีสระ) นักเทคโนโลยีสารสนเทศปฏิบัติการ วันที่ ๒๐ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	