



คู่มือ  
รายละเอียดตัวชี้วัด  
(KPI Template)

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA)  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙  
ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
โทรศัพท์ 0 2590 1037-8 โทรสาร 0 25901406

คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
(Performance Agreement: PA)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙

ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดตัวชี้วัด

(KPI Template)

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙

ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(๑๐ ประเด็น)

# คำนำ

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ และได้มีการลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขร่วมกัน เมื่อวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ โดยกำหนดการติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน (Small Success) เป็นรอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้ส่วนราชการ/หน่วยงานในสังกัด รายงานผลการดำเนินงานฯ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป หลังสิ้นสุดแต่ละไตรมาส ซึ่งกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดส่งเล่มคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ แก่ทุกส่วนราชการ/หน่วยงานในสังกัดไปแล้ว นั้น

เพื่อให้การกำกับ ติดตามประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล อันก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ คุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ ความคุ้มค่าของงานและเป็นแนวทางที่จะบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเจตนารมณ์ของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.๒๕๔๖ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรม/กองในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนกลางที่เป็นเจ้าภาพหลักรับผิดชอบตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ของปลัดกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกันดำเนินการจัดทำคู่มือรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการฯ ที่มีความชัดเจนถูกต้องและครบถ้วนยิ่งขึ้น เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติราชการของผู้บริหาร และส่งผลให้การประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองฯ นั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประกอบการดำเนินงานตามคำรับรองฯ ให้บังเกิดผลที่พึงประสงค์ ต่อไป

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

# สารบัญ

ประเด็นที่	หน้า
	ก
คำนำ	๑
คำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙	
๑ LTC บูรณาการ ๕ กลุ่มวัย ในตำบลต้นแบบ (สบส.)	
๑. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน	๑๙
๒ ลดการบาดเจ็บ (กรมควบคุมโรค, สธฉ.)	
๒. สัดส่วนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน)	๒๕
๓. ร้อยละของจังหวัดที่มีการชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง จังหวัดที่มีการแก้ไขจุดเสี่ยง ๕ จุดต่อไตรมาส	๒๗
๓ Service Plan ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ (สบรส.)	
๔. การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง	๒๙
๕. ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic Drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	๓๑
๖. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Coronary Intervention หรือ PPCI)	๓๓
๗. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	๓๕
๘. สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัยภายใน ๔ สัปดาห์	๓๖
๙. สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งได้รังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๓๘
๑๐. สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๔๐
๑๑. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๔๒
๔ NCD เริ่มจากลด CKD นำสู่ลด DM HT (กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค)	
๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๒ m <sup>๒</sup> /yr	๔๔
๑๓. คัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM/HT	๔๖
๑๔. คลินิก CKD คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป	๔๗
๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	๔๙
๑๖. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	๕๑
๑๗. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk)	๕๓
๑๘. ร้อยละของ รพศ. รพท. รพช. ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิก NCD คุณภาพ	๕๕
๕ บริหารจัดการ HR, Finance, พัสดุ โปรงใส (สนย. , บค. สป., สบข.)	
๑๙. จัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐-๒๕๖๔) โดยมี การดำเนินการภาพรวมครอบคลุมทั้ง HRP HRD และ HRM	๕๗
๒๐. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของ หน่วยบริการในพื้นที่	๕๙
๒๑. แผน planfin และผลการดำเนินงานมีความต่าง	๖๑

ประเด็นที่

หน้า

	๒๒.หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI	๖๓
	๒๓.สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย	๖๗
	๒๔.หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	๗๐
	๒๕.ทุกเขตสุขภาพและจังหวัดมีมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯ	๗๖
๖	<b>ระบบส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบดูแลภาวะฉุกเฉิน PHEM (กรมอนามัย, กรมควบคุมโรค, อย., สธฉ.)</b>	
	๒๖.จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดระดับดีขึ้นไป	๗๘
	๒๗.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ระดับเขต	๘๓
	๒๘.ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ได้	๘๕
	๒๙.มีแผนรองรับภัยพิบัติ	๘๗
๗	<b>มะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ในตับ</b>	
	๓๐.ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ	๙๐
	๓๑.ประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี	๙๒
	๓๒.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	๙๔
๘	<b>การพัฒนานโยบาย (กลุ่มกฎหมาย สป.)</b>	
	๓๓.ระดับความสำเร็จการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน	๙๖
	๓๔.ระดับความสำเร็จในการพัฒนานโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน	๙๘
๙	<b>การพัฒนาการผลิตยา/วัคซีน (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, อย.)</b>	
	๓๕.ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการสนับสนุนการผลิตยาและวัคซีน	๑๐๐
๑๐	<b>การเร่งรัดออกใบอนุญาตของ อย. (อย.)</b>	
	๓๖.คำขออนุญาตผลิตภัณฑ์ยาได้รับการพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด	๑๐๒

คำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

๑. LTC บูรณาการ ๕ กลุ่มวัย ในตำบลต้นแบบ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<b>๑. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ (ร้อยละ ๗๐) ประเด็นที่มุ่งเน้น</b> <b>๑.๑ กลุ่มแม่และเด็ก</b> - หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยง - พัฒนาการเด็กสมวัย <b>๑.๒ กลุ่มวัยเรียน</b> - Defect ที่มีผลต่อการเรียนรู้ : สายตา,LD, IQ/EQ <b>๑.๓ กลุ่มวัยรุ่น</b> - Teenage Preg. ALC/บุหรี <b>๑.๔ กลุ่มวัยทำงาน</b> - CKD / DM / HT <b>๑.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ</b> - ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง	<b>ระบบข้อมูล</b> ๑. ฐานข้อมูลสุขภาพบุคคลของคนในพื้นที่(ระดับตำบล) ๒. HDC การป่วย/การส่งต่อ (ระดับอำเภอ /ระดับจังหวัดและ ระดับเขต ) <b>การบริการ</b> ๑. การเฝ้าระวัง/คัดกรอง ตามประเด็นที่มุ่งเน้นของ ๕ กลุ่มวัย (ตำบล) ๒. การจัดระบบบริการดูแลต่อเนื่องรองรับกลุ่มเสี่ยงที่ส่งต่อมาจากตำบล (อำเภอ/จังหวัด/ส่วนกลาง) <b>๒.๑ กลุ่มแม่และเด็ก</b> MCH board Quality <b>๒.๒ กลุ่มวัยเรียน</b> การช่วยเหลือและแก้ไข เด็กที่มีภาวะผิดปกติของ สายตา ,LD, IQ/EQ <b>๒.๓ กลุ่มวัยรุ่น</b> YFHS , O-HOS <b>๒.๔ กลุ่มวัยทำงาน</b> CKD Clinic , NCD คุณภาพ <b>๒.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ</b> Long Term Care	๑. ตำบลมีฐานข้อมูลสุขภาพบุคคลในพื้นที่ ๒. DHS มีความพร้อม	๑. มีตำบลต้นแบบดูแล LTC อย่างน้อย ๑,๐๐๐ ตำบล	๑. ตำบลต้นแบบดูแล LTC สามารถขยายผลสู่ตำบลจัดการสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ ได้ อย่างน้อย ๑,๐๐๐ ตำบล	๑. มี Best practice ของตำบลจัดการสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ
		<b>ขยายความเพิ่มเติม</b> - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดี ขึ้นไป จำนวน ๕๐๐ ตำบล - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวจำนวน ๑๐๐ ตำบล	<b>ขยายความเพิ่มเติม</b> - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป จำนวน ๑,๕๐๐ ตำบล - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๓๐๐ ตำบล	<b>ขยายความเพิ่มเติม</b> - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป จำนวน ๒,๕๐๐ ตำบล - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๕๐๐ ตำบล	<b>ขยายความเพิ่มเติม</b> - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป จำนวน ๕,๐๗๙ ตำบล - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๑,๐๐๐ ตำบล

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	<b>การบริหารจัดการ</b> ๑. มี Program Manager การจัดการ สุขภาพ ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ ทั้งใน ระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และอำเภอ ๒. บูรณาการ ระดับพื้นที่ ๑.๑ ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ๑.๒ ตำบลจัดการสุขภาพ ๑.๓ ทีมหมอครอบครัว (FCT) ๑.๔ งานสาธารณสุขมูลฐานต่อ ยอดอสม. ๓. M&E ทา Good /Best Practice ของตำบลจัดการสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ				

## ๒. ลดอุบัติเหตุ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<b>Road Safety</b> <b>การป้องกันและลดการตายจาก</b> <b>อุบัติเหตุทางถนน</b> อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน <b>เป้าหมาย</b> ลดการตายจากปี ๒๕๕๔ ลงครึ่งหนึ่ง ในปี ๒๕๖๓ ปี ๒๕๕๙ : ลดการตาย จากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๖ ต่อ ประชากรแสนคน	<b>ระบบข้อมูล</b> ๑.บูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน ลงนาม ร่วมกับตำรวจและบริษัทกลาง ๒. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและ เสียชีวิต ๓.นำเสนอข้อมูลต่อศูนย์อำนวยการ ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด/อำเภอ <b>การป้องกัน</b> ๑. การแก้ไขจุดเสี่ยงจากข้อมูลในข้อ ๑ <b>KPI : แก้ไขจุดเสี่ยง ๕ จุด/จังหวัด/</b>	๑. บูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน ๒. จังหวัดมีการแก้ไขจุดเสี่ยง ๕ จุด/ไตรมาส ๓. การบาดเจ็บและเสียชีวิตใน พื้นที่ตั้งด่านชุมชนลดลงในช่วง เทศกาลปีใหม่ (๔๐ อำเภอเสี่ยง)	๑. จัดตั้ง Emergency & Trauma Admin Unit ในรพ. ระดับ A/S/M๑ ไม่น้อยกว่า ๕๐% ๒. การบาดเจ็บและเสียชีวิต ในพื้นที่ตั้งด่านชุมชนลดลง ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ (๔๐ อำเภอเสี่ยง)	๑. อัตราการสวมหมวกนิรภัย ในพื้นที่ของหน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุขไม่น้อย กว่า ๘๐% ๒. อุบัติเหตุรถพยาบาลลดลง	๑. จัดตั้ง Emergency & Trauma Admin Unit ในรพ. ระดับ A/S/M๑ ครบ ๑๐๐% ๒.อัตราตายลดลงไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	<p><b>ไตรมาส</b></p> <p>๒.การบังคับใช้กฎหมาย หมวกกันน็อค ความเร็ว ต็มแล้วขับ เข็มขัดนิรภัย <b>KPI : หมวกกันน็อค ๑๐๐ %</b></p> <p>๓. มาตรการองค์กร</p> <p>๔. มาตรการชุมชน DHS/DC (ใช้กลยุทธ์ ๕ ส)</p> <p>๕. มาตรการด้านชุมชน</p> <p><b>การรักษา</b></p> <p>๑.พัฒนา EMS คุณภาพ</p> <p>๒. พัฒนาคุณภาพ ER /In-hos / refer/ rehab</p> <p>๓. Fast Tract</p> <p><b>การบริหารจัดการ</b></p> <p>๑. สธฉ. เปิด EOC RTIติดตามการ ดำเนินงาน สคร. เปิด EOC RTI</p> <p>๒. M&amp;E ทา Good Practice</p> <p>๓. สสอ.เป็นเลขาร่วมใน ศปถ.อำเภอ</p> <p>๔. จัดตั้งหน่วยจัดการข้อมูลอุบัติเหตุใน รพ.ระดับ A S M๑</p>				

๓. Service Plan ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑. ลดอัตราการป่วย ตาย ใน service plan หลัก ได้แก่ มะเร็ง,หัวใจ และหลอดเลือด,ทารกแรกเกิด</p> <p>๒. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง (ร้อยละ ๕๐)</p> <p>๓. ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ</p>	<p><u>ด้านพัฒนาโครงสร้างการทำงาน</u></p> <p>๑. พัฒนาโครงสร้างและการบริหารจัดการของศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต/จังหวัด กำหนดข้อตกลงการรับส่งต่อในเขตสุขภาพ</p> <p>๒.พัฒนาโครงสร้างคณะกรรมการกำกับทิศทางและนโยบายระดับกระทรวง สาธารณสุข service plan ทั้ง ๑๒ สาขา</p> <p>๓.กำหนดให้มีโครงสร้าง service plan ทั้ง ๑๒ สาขา ในทุกเขตสุขภาพ/จังหวัด ที่บูรณาการกับการส่งเสริมป้องกันโรค และลดความแออัดใน รพศ./รพท.</p> <p>๔. พัฒนาระบบ พบส. ที่ช่วยน้อง เกิดระบบบริการที่ดีมีมาตรฐาน</p> <p><u>ด้านข้อมูล</u></p> <p>การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบข้อมูล</p> <p>๑.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อใช้ประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thairefer</p> <p>๒.มีคณะกรรมการจัดทำฐานข้อมูลกลาง ๑๒ สาขา service plan</p> <p>๓.มีฐานข้อมูลกลาง ๑๒ สาขา service plan</p>	<p>๑.ทุกเขต/จังหวัด มีศูนย์ประสานการส่งต่อคุณภาพ ๑๐๐%</p> <p>๒.ทุกเขต/จังหวัด มีโครงสร้าง service plan ทั้ง ๑๒ สาขา ๑๐๐%</p> <p>๓.มีข้อมูลรับส่งต่อผู้ป่วย ในระดับเขต/จังหวัด โดยใช้ระบบสารสนเทศ ๓๐%</p> <p>๔.มีแนวทางปฏิบัติครอบคลุม การป้องกัน การรักษา และส่งต่อ ในกลุ่ม ๓ service plan หลัก ระดับเขต./จังหวัด ๑๐๐%</p>	<p>๑.มีข้อมูลรับส่งต่อผู้ป่วย ในระดับเขต/จังหวัด โดยใช้ระบบสารสนเทศ ๖๐%</p> <p>๒.มีฐานข้อมูลกลาง ๑๒ สาขา service plan ๖๐%</p>	<p>๑.มีข้อมูลรับส่งต่อผู้ป่วย ในระดับเขต/จังหวัด โดยใช้ระบบสารสนเทศ ๙๐%</p> <p>๒.มีฐานข้อมูลกลาง ๑๒ สาขา service plan ๙๐%</p>	<p>๑.ลดอัตราการป่วย ตาย โรคมะเร็ง,หัวใจและหลอดเลือด,ทารกแรกเกิด ลดลง</p> <p>๒.ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง (ร้อยละ ๕๐)</p>

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	<u>ด้านบริหารจัดการ</u> ๑.กำหนดแนวทางปฏิบัติ ครอบคลุม การป้องกัน การรักษา ใน ๓ สาขา มะเร็ง,หัวใจและหลอดเลือด,ทารกแรกเกิด ๒.กำหนดแนวทางลดความแออัด เพื่อ กระจายผู้ป่วยสู่ระบบบริการปฐมภูมิ และ ทุติยภูมิ ในระดับเขต/จังหวัด ตาม ๑๒ service plan ๓.นำมาตรการระดับชุมชนและองค์กร ในการบูรณาการระบบ ร่วมมือทุกภาค ส่วนทั้งรัฐและเอกชน ๔.แผนการลงทุนและแผนกำลังคนระยะ ยาวสอดคล้องกับ service plan <u>ด้านกำกับติดตามและประเมินผล</u> ๑.การติดตามระดับเขต/จังหวัด ใน ประเด็น ลดอัตราป่วย อัตราตาย และ ส่งต่อนอกเขตสุขภาพ <u>โรคมะเร็ง</u> ๑.ระยะเวลาการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัย ภายใน ๔ สัปดาห์ ๕๐% ๒.ระยะเวลาได้รังสีรักษาภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ๕๐% ๓.ระยะเวลาได้ยาเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ๕๐% <u>โรคหัวใจและหลอดเลือด</u> ๑.โรงพยาบาลระดับ F๒ สามารถให้ยา fibrinolysis ๖๕% ๒.ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา fibrinolysis ๖๐% <u>ทารกแรกเกิด</u> ๕๐%				

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	๑.เตียง NICU และ sick new born ได้มาตรฐานขนาดโรงพยาบาล	๗๐%	๖๐%	๗๐%	๘๐%
			๖๐%	๘๕%	๘๐%
			๗๕%	๗๐%	๑๐๐%
			๖๐%	๗๐%	๘๐%
				๙๐%	
			๘๐%		๑๐๐%

#### ๔. NCD เริ่มจากลด CKD นำสู่ลด DM HT

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>เป้าหมายปี ๒๕๕๙</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CKD ควบคุมได้ ๕๐%</li> <li>อัตราป่วยรายใหม่ IHD DM HT stroke ลดลง</li> <li>DM,HT ควบคุมได้ ๔๐/๕๐%</li> </ul>	<p>ด้านการป้องกัน</p> <p>๑.ลดพฤติกรรมเสี่ยง : บุหรี่ สุรา กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และบริโภคอาหารและยาที่ไม่เหมาะสม ผ่านระบบตำบลจัดการสุขภาพ อสม. อสค.</p> <p>๒.ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>๓.โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สถานที่ทำงานปลอดโรคปลอดภัย</p> <p>๔.คัดกรองกลุ่มเสี่ยง DM HT CKD CVD</p> <p>๕. thai CVD risk score ประเมินความ</p>	<p>๑.คัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM HT ๖๐%</p> <p>๒.ประเมิน CVD risk ๖๐%</p>	<p>๑.คัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM HT ๗๐%</p> <p>๒.ประเมิน CVD risk ๗๐%</p> <p>๓.ทุกจังหวัดในเขตมี standard data set NCDs,CKD ๑๐๐%</p>	<p>๑.คัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM HT ๘๐%</p> <p>๒.ประเมิน CVD risk ๘๐%</p> <p>๓.คลินิก NCD คุณภาพผ่าน ๘๐%</p> <p>๔. คลินิก CKD คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๑ ขึ้นไป ๘๐%</p>	<p>๑.คัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM HT ๙๐%</p> <p>๒.ประเมิน CVD risk ๙๐%</p> <p>๓.DM,HT ควบคุม ได้ ๔๐/๕๐%</p> <p>๔.คลินิก NCD คุณภาพผ่าน ๑๐๐%</p> <p>๕.คลินิก CKD คุณภาพ ในโรงพยาบาลระดับ F๑ ขึ้นไป ๑๐๐%</p> <p>๖. CKD ควบคุมได้ ๕๐%</p>

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	<p>เสียงของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงให้ยาป้องกันเมื่อมีความเสี่ยง</p> <p><u>ด้านการบริหารจัดการ</u></p> <p>๑.NCD CKD board ระดับเขต/จังหวัด</p> <p>๒.CKD clinic คุณภาพ (คลองขลุง model) ในโรงพยาบาลระดับ F๑ ขึ้นไป</p> <p>๓.NCD clinic คุณภาพ</p> <p>๔. นำ SlimM model ใช้จัดการเชิงระบบ</p> <p><u>ด้านข้อมูล</u></p> <p>๑.พัฒนา standard data set NCDs, CKD ระดับประเทศ/เขต/จังหวัด/อำเภอ</p>				

#### ๕. บริหารจัดการ HR ,Finance,พัสดุ ไปรษณีย์

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑.จัดทำแผน HR ระยะยาวโดยมีการดำเนินการภาพรวมของ HR ที่บูรณาการทั้ง HRP HRD และ HRM</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>มีแผนยุทธศาสตร์บริหารจัดการและ</p>	<p>๑. จัดทำมีระบบฐานข้อมูลด้าน HR ที่มีความถูกต้อง เพียงตรง ทันสมัย และนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจและการบริหารทรัพยากรบุคคล</p> <p>๒. จัดทำมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการ</p>	<p>กรอบการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล</p>	<p>- มีระบบฐานข้อมูลด้านทรัพยากรบุคคล</p> <p>- รพศ./รพท. ทำแผนกำลังคนตามกรอบที่ได้รับจัดสรร ภายใต้โครงสร้างใหม่ของ</p>	<p>- มีแผนยุทธศาสตร์ด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล</p> <p>- รพช.ทำแผนกำลังคนตามกรอบที่ได้รับจัดสรร ภายใต้</p>	<p>- มีระบบฐานข้อมูลด้านทรัพยากรบุคคลที่ชัดเจน</p> <p>- มีแผนยุทธศาสตร์ด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่ชัดเจน</p>

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ระยะยาว	บริหารและพัฒนา ทรัพยากรบุคคลงาน HR ๕ ปี ๓. หน่วยงานทำแผนกำลังคนตามกรอบที่ได้รับภายใต้โครงสร้างใหม่ของ กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงสาธารณสุขแล้วเสร็จ (มี.ค. ๕๙)	โครงสร้างใหม่ของ กระทรวงสาธารณสุขแล้วเสร็จ (มี.ย. ๕๙)	
๒. ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๐	<u>ด้านโครงสร้าง</u> ๑.คณะทำงานพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังหน่วยบริการ/จังหวัด/เขตสุขภาพ/สธ. <u>ด้านการบริหารจัดการ</u> ๑.ทำแผนประมาณการรายได้ ควบคุมค่าใช้จ่าย (PLANFIN) ๒.พัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ (Unit Cost) ๓.ตัวชี้วัดทางการเงินการคลังระดับเขต/จังหวัด กระบวนการสร้างประสิทธิภาพทางการเงินด้วย FAI (Financial administration Index) ๓.๑การตรวจสอบคุณภาพบัญชีภายในเขตสุขภาพ (Internal Audit ) ๓.๒การตรวจสอบคุณภาพบัญชี โดยผู้ตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก (External Audit) <u>ด้านข้อมูล</u> ๑.พัฒนา standard data set การเงิน/	๑.แผน planfin ครบทุกหน่วยบริการ ๑๐๐% ๒.หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI ไม่น้อยกว่า ๖๐% ๓.สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ย ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน ๒๖%	๑.แผน planfin และผลการดำเนินงานมีความต่างไม่เกินร้อยละ ๒๐ ๒.หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI ไม่น้อยกว่า ๗๐% ๓.สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ย ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน ๒๓% ๔.ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ ๑๕	๑.แผน planfin และผลการดำเนินงานมีความต่างไม่เกินร้อยละ ๑๕ ๒.หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI ไม่น้อยกว่า ๘๐% ๓.สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ย ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน ๒๐% ๔.ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ ๑๓	๑.แผน planfin และผลการดำเนินงานมีความต่างไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๒.หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI ไม่น้อยกว่า ๙๐% ๓.สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ย ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน ๑๗% ๔.ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ ๑๐

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	การคลัง <u>ด้านกำกับติดตามและประเมินผล</u> ๑.แผนประมาณการรายได้ ค่าใช้จ่าย ๒.แผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุ การแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ ๓.แผนบริหารจัดการเจ้าหน้าที่ ๔.แผนบริหารจัดการลูกหนี้ ๕.แผนการลงทุน ๖.แผนสนับสนุน รพ.สต.				
<b>๓. เร่งรัดการดำเนินงาน ITA และ            ขับเคลื่อน “องค์กรคุณธรรม”            เป้าหมาย</b> ๑. ร้อยละ ๗๕ ของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ ประเมิน ITA ๖๐ คะแนน ๒. ทุกเขตสุขภาพและจังหวัดมีมูลค่า การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใ้ขาย ร่วม มากกว่าร้อยละ ๒๐	๑. หน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขมีการ ดำเนินงานตามเกณฑ์ ประเมินระดับคุณธรรมและ ความ โปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน เฉพาะ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment) ๑.๑ ปลุกจิตสำนึก องค์กรคุณธรรม ๑.๒ พัฒนาองค์ความรู้ผู้ปฏิบัติงาน พัสตุ ให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตาม ระเบียบ ๑.๓ ปราบปรามการทุจริตด้วย สนับสนุนให้มีการ ตรวจสอบภายในและ ลดเรื่องร้องเรียน ๑.๔ สร้างภาคีเครือข่ายการทำงาน ภายในประเทศ (เมืองคนดี : อสม. ๘๗,๘๐๐ คน ใน ๘๗๘ อำเภอ) ๒. หน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขดำเนินงาน ตามนโยบาย “องค์กรคุณธรรม”	- ทุกเขตสุขภาพ/จังหวัดมีกรอบ บัญชียา/เวชภัณฑ์มีใ้ขาย	- ร้อยละ ๗๕ ของหน่วยงานที่ ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment	- ร้อยละ ๗๕ ของหน่วยงาน ที่ประกาศเจตนารมณ์มีการ ดำเนินการตามแผนเสริมสร้าง องค์กรคุณธรรม	ร้อยละ ๗๕ ของหน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA จาก สำนักงาน ป.ป.ช. (๖๐ คะแนน) และเป็นองค์กรคุณธรรม - มูลค่าการจัดซื้อร่วมระดับ เขตบริการสุขภาพมากกว่า ร้อยละ ๒๐

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	๓. เร่งรัดมีการดำเนินการจัดซื้อร่วมยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยา				

๖. ระบบส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบดูแลภาวะฉุกเฉิน PHEM

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p><b>๑. ประชาชนได้รับการป้องกันดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b></p> <p>จังหวัด ท้องถิ่น ชุมชน มีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในปี ๒๕๖๙</p>	<p><b>ระบบข้อมูล</b></p> <p>๑.พัฒนาฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับด้านสุขภาพ KPI : สสจ. มีฐานข้อมูลและ สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๑๐๐ (ประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน</p> <p>มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล สุขาภิบาลอาหารและน้ำ มาตรการทางกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ)</p> <p>๒.มีการเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p> <p>-เฝ้าระวังในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ๓๖ จังหวัด ได้แก่ ๑) พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสารเคมีสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า เหมืองโปแตส ชยะอเล็กทรอนิกส์) ๒) พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน หมอกควันภาคเหนือและภาคใต้ โรงไฟฟ้า ชีวมวล) และ ๓) พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ/นิคมอุตสาหกรรม/โรงไฟฟ้าถ่านหิน</p> <p>-เฝ้าระวังในพื้นที่ทั่วไป</p> <p><b>ระบบป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง</b></p> <p>๑.รพ.มีการจัดการมูลฝอย</p>	<p>จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p>	<p>จังหวัดมีข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่สำคัญและมีการผลักดันสู่กระบวนการโดยกลไก อสจจ.</p>	<p>จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ครอบคลุม ๕ ประเด็น ได้แก่ (๑) ฐานข้อมูลสถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (๒) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (๓) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) (๔)การขับเคลื่อนงานโดยมีกลไกคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจจ.) (๕) การจัด บริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</p>	<p>จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๕๐</p>



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	<p>ติดเชื้อมตามกฎหมาย KPI : ร้อยละ ๑๐๐ ของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมี การจัดการ มุลฝอยติดเชื้อมได้ตามกฎหมาย ๒.ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการประกอบ กิจการให้ได้มาตรฐาน</p> <p><b>ระบบบริการ</b> ๑. การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยงโดยพัฒนา งาน Env.Occ.Unit ใน รพศ. /รพท. Env.Occ.Centerใน รพช. Env.Occ.Clinic ใน รพสต. KPI : ร้อยละ ๕๐ ของ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ การประเมิน</p> <p><b>ระบบบริหารจัดการ</b> ๑.ใช้มาตรการด้านกฎหมายสาธารณสุขในระดับจังหวัด KPI : อสจจ. มีมติในการขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ สำคัญ อย่างน้อย ๒ เรื่อง ๒. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ อปท. มีการจัดบริการอนามัย สิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน KPI : ร้อยละ ๕๐ ของเทศบาลทุกระดับผ่านการประเมิน EHA ระดับพื้นฐาน อย่างน้อย ๑ ประเด็น</p> <p>๓. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนตระหนักรู้และ มีส่วนร่วม อย่างเข้มแข็งในการจัดการปัญหาระดับพื้นที่ เพื่อป้องกัน ผลกระทบต่อสุขภาพ ๔.การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ แก้ไขปัญหา ๕.การกำกับ ติดตาม และประเมินผล</p>				
<p><b>ระบบคุ้มครองผู้บริโภค</b> ๑.ระดับความสำเร็จของการ จัดการงานคุ้มครองผู้บริโภค</p>	<p>๑. ควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพและการบริการ ด้าน สุขภาพ ๒. ดำเนินการตามกฎหมาย</p>	<p>ร่างแผนยุทธศาสตร์งาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ระดับเขต ๓ ปี</p>	<p>๑. มีกลไกการขับเคลื่อน การดำเนินงาน คบส.ระดับ เขตที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>ติดตามผลการดำเนินงาน ตามแผน</p>	<p>ทบทวนและสรุปทเรียน การพัฒนากระบวนการ คุ้มครองผู้บริโภคด้าน</p>

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<b>ระดับเขต</b>	๓. พัฒนาศักยภาพผู้บริหาร ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่ ๔. พัฒนาระบบการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับเขต ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการ คบส. เขต		๒. มีระบบติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน โดยคณะอนุกรรมการงาน คุ้มครองผู้บริโภค		สุขภาพ เพื่อเป็นแนวทาง ในการพัฒนางานคุ้มครอง ฯ ในปีต่อไป
<b>ระบบป้องกันควบคุมโรค</b> ๑. ร้อยละของอำเภอที่สามารถ ควบคุมโรคติดต่อสำคัญของ พื้นที่ได้	พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘	๑. ร่างที่ ๒ นโยบาย และ แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ๒. สื่อสารถ่ายทอดให้ บุคลากรกรมควบคุมโรค และกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง ๓. ร่างอนุบัญญัติต่างๆ ๔. กรอบแนวทางการ ทำงานระบบเฝ้าระวัง การ สอบสวนควบคุมโรค การ ทำงานด้านควบคุม โรคติดต่อระหว่างประเทศ ๕. จัดตั้งสำนักงาน เลขาธิการคณะกรรมการ โรคติดต่อแห่งชาติ	๑. ประชุมคณะกรรมการ โรคติดต่อแห่งชาติ (๗ มีนาคม ๒๕๕๙) เห็นชอบ นโยบาย และแผนปฏิบัติการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อเพื่อให้ ครม.เห็นชอบ ๒. สื่อสารถ่ายทอดให้ บุคลากรหน่วยงานต่างๆ ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค ๓. อนุบัญญัติต่างๆ ได้รับการ บังคับใช้ ๔. มีระบบเฝ้าระวัง การ สอบสวนควบคุมโรค การ ทำงานด้านควบคุม โรคติดต่อระหว่างประเทศ ในการทำงาน ๕. ตั้งคณะกรรมการ วิชาการ ๖. ตั้งเจ้าพนักงานควบคุม โรคติดต่อ	๑. ครม.เห็นชอบนโยบาย และแผนปฏิบัติการเฝ้า ระวัง ป้องกันควบคุม โรคติดต่อ ๒. คณะกรรมการ โรคติดต่อจังหวัดนำ แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคติดต่อที่ ครม.เห็นชอบ นำไปจัดทำแผนปฏิบัติการ ในจังหวัดของตนเอง ๓. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ ควบคุมโรคติดต่อ(CDCU)  ๔. จัดตั้งคณะทำงาน ประจำช่องทางเข้าออก ประเทศ ๕. มีผู้รับผิดชอบงานเฝ้า ระวัง SAT (Situation Awareness Team) EOC (Emergency Operating Center) ระดับจังหวัด ๖. ป้องกันควบคุม โรคติดต่อสำคัญอย่างเป็น ระบบและมีประสิทธิภาพ	พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ระบบดูแลภาวะฉุกเฉิน PHEM ๑. มีแผนรองรับภัยพิบัติครบ ๑๐๐% (ร้อยละ ๑๐๐)	๑. วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงและแผนตอบสนองระดับ เขต/จังหวัด สำหรับสาธารณสุขทุกด้าน ๒. มีการฝึกซ้อมสถานการณ์เหมือนจริงปีละครั้ง	๑. จัดทำโครงสร้างบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ EOC ระดับเขต/จังหวัด ๒. จัดทำคู่มือแนวทางเผชิญ เหตุเป็นมาตรฐานเดียวกัน	๑. มีระบบเฝ้าระวัง และ การให้ข้อมูลข้อมูลที่แม่นยำ ทันเวลา	๑. มีการฝึกซ้อมสถานการณ์ เหมือนจริง	๑. มีคู่มือ ๒. มีแผนรองรับ

### ๗. มะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ในตับ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	กิจกรรม	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจ Ultrasound และตรวจ ยืนยัน OV/ CCA ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐ <b>เป้าหมาย</b> สร้างต้นแบบการควบคุม OV , CCA อย่างครบวงจร เพื่อให้ คนไทยลดการเสียชีวิตจาก CCA ในพื้นที่ ๘๔ อำเภอ	<b>สร้างเสริมสุขภาพ</b> จัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ลด การปนเปื้อนในแหล่งน้ำ/ห้วงน้ำ อาหาร (ปลาปลอดพยาธิ) - สร้างความรู้ - ปรับพฤติกรรม - บังคับใช้กฎหมาย <b>ควบคุมป้องกัน</b> ตรวจค้นหาการติดพยาธิเพื่อนำสู่	- จัดการตำบล ต้นแบบการ จัดการสุขภาพ แบบครบวงจร อย่างยั่งยืน  - ตรวจค้นหา พยาธิใบไม้ตับ กลุ่ม ๑๕ ปีขึ้นไป (๗๖,๐๐๐ คน)	คัดเลือกพื้นที่ ๘๔ อำเภอ (อย่างน้อย อำเภอละ ๑ ตำบล)	จัดการความรู้ สร้างสื่ออนามัย สิ่งแวดล้อม	รณรงค์เพื่อการปรับ พฤติกรรม	ตำบลจัดการสุขภาพ ที่เข้มแข็ง/ยั่งยืน
			๕,๐๐๐ ราย	๒๕,๐๐๐ ราย	๓๐,๐๐๐ ราย	๑๖,๐๐๐ ราย

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	กิจกรรม	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
(๒๗ จังหวัด ภาคอีสาน ทั้งหมด ภาคเหนือ ๖ จังหวัด และภาคตะวันออกเฉียง ๑ จังหวัด)	การรักษา/รณรงค์เพื่อปรับ พฤติกรรมสุขภาพ (คนปลอดภัย)	- ตรวจ Ultrasound กลุ่มเสียง ๔๐ ปี ขึ้นไป (๑๓๕,๐๐๐ คน)	๑๕,๐๐๐ ราย	๔๕,๐๐๐ ราย	๔๕,๕๐๐ ราย	๓๐,๐๐๐ ราย
	- ตรวจอุจจาระ ปชช. อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป - กิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้าง ตระหนักรู้	- ให้บริการผ่าตัด รักษา (๖๐๐ราย)	๑๐๐ ราย	๑๕๐ ราย	๑๕๐ ราย	๒๐๐ ราย
	<b>รักษาพยาบาล</b> ตรวจคัดกรอง/รักษาตามชนิดของ CA ตามระบบ service plan - Ultrasound กลุ่มเสียง ๔๐ ปีขึ้นไป - ตรวจยืนยัน - ให้การรักษา-ผ่าตัด	- อบรมพัฒนา ศักยภาพแพทย์/ พยาบาล	๘๔ ราย	๘๔ ราย		
<b>ดูแลระดับประคอง</b> ผู้ป่วยรายที่จำเป็นมีระบบการดูแล รักษาทั้งในและนอกโรงพยาบาล - Palliative care - Hospice Care - ดูแลแบบองค์รวมในชุมชน	<b>จัดการทางวิชาการ</b> - ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์/พัฒนา วิชาการ/M&E (กรม คร./สป.) - สื่อสารสาธารณะ สร้างความรู้ ให้ปรับพฤติกรรมแบบยั่งยืน (สารนิเทศ/คร./สสส.) - สนับสนุน ประสานการขับเคลื่อน					

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	กิจกรรม	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	โครงการ สนับสนุนทรัพยากร HRD ศึกษาวิจัย (สนย./สปรส./สศป./ สบช.)					

## ๘. การพัฒนากฎหมาย

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ระดับความสำเร็จในการปรับปรุง แก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ปัจจุบันและเป็นการ อำนวยความสะดวกให้กับประชาชน (๕ขั้นตอน)	๑. มีการทบทวนกฎหมายที่มีการใช้ใน ปัจจุบัน (ระดับ พ.ร.บ. ๔๔ ฉบับ) ว่าจะมี การปรับปรุงแก้ไขโดยส่วนราชการที่ดูแล กฎหมายนั้น ๒. มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อติดตามการ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่จะดำเนินการในปี ๒๕๕๙ ๓. คณะทำงานมีการประชุมติดตามการ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละครั้ง ๔. กฎหมายที่จะปรับปรุงแก้ไขสามารถ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ประจำปี ๒๕๕๙ ๕. ร้อยละ ๑๐๐ ของกฎหมายที่จะปรับปรุง แก้ไขสามารถดำเนินการได้ตามแผน	- มีการทบทวนกฎหมายที่มีการ ใช้ในปัจจุบัน (ระดับ พ.ร.บ.๔๔ ฉบับ) ว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไข ใด โดยส่วนราชการที่ดูแล กฎหมายนั้น - มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อ ติดตามงานการปรับปรุงแก้ไข กฎหมายที่จะดำเนินการในปี ๒๕๕๙ - จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไข กฎหมายปี ๒๕๕๙	- คณะทำงานมีการประชุม ติดตามงานการปรับปรุงแก้ไข กฎหมายอย่างสม่ำเสมอ	กฎหมายที่จะปรับปรุงแก้ไข สามารถดำเนินการตาม แผนปฏิบัติการ ประจำปี ๒๕๕๙	ร้อยละ ๑๐๐ ของกฎหมายที่ ปรับปรุงแก้ไขสามารถ ดำเนินการได้ตามแผน

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๒. ระดับความสำเร็จในการพัฒนา กฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัจจุบันและเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน (๕ขั้นตอน)	๑. มีการทบทวนกฎหมายที่มีการใช้ในปัจจุบัน (ระดับ พ.ร.บ.๓๒ฉบับ) ว่าจะมีการพัฒนากฎหมาย ๒. มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อติดตามงาน การพัฒนากฎหมายที่จะดำเนินการในปี ๒๕๕๙ ๓. คณะทำงานมีการประชุมติดตามงาน การพัฒนากฎหมายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย เดือนละครั้ง ๔. กฎหมายที่จะพัฒนาสามารถดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๕๙ ๕. ร้อยละ ระบุเป้าหมาย ของกฎหมายที่ จะพัฒนาสามารถดำเนินการได้ตามแผน	- มีการทบทวนกฎหมายที่มีการ ใช้ในปัจจุบัน (ระดับ พ.ร.บ.๓๒ ฉบับ) ว่าจะมีการพัฒนา กฎหมาย - มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อ ติดตามงานการพัฒนา กฎหมาย ที่จะดำเนินการในปี ๒๕๕๙ -จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนา กฎหมายปี ๒๕๕๙	- คณะทำงานมีการประชุม ติดตามงานการพัฒนา กฎหมายอย่างสม่ำเสมอ	กฎหมายที่จะพัฒนาสามารถ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ประจำปี ๒๕๕๙	ร้อยละ ๑๐๐ ของกฎหมายที่ จะพัฒนาสามารถดำเนินการ ได้ตามแผน

#### ๙. การพัฒนาการผลิตยา/วัคซีน

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ระบบการสนับสนุนการผลิตยาและ วัคซีน(๕ขั้นตอน)	๑. ปรับปรุงกฎระเบียบให้สนับสนุน การพัฒนาการผลิตยาและวัคซีน รวมทั้ง ส่งเสริมการส่งออก ๒. มีระบบการให้คำปรึกษาการขึ้น ทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรและ ชีววัตถุ ที่อยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนา ในประเทศ	๑. ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและมีความสำคัญต่อการพัฒนา การผลิตยาและวัคซีน จำนวน ๓ ฉบับ (ข้อความไม่ชัดเจน อะไรที่มีความจำเป็น) ๒. ได้ มีแนวทางการพัฒนา กลไกการให้คำปรึกษาการขึ้น ทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจาก สมุนไพรและ ชีววัตถุที่อยู่ ระหว่างการวิจัยและพัฒนาใน ประเทศ	๑. มีการดำเนินการยกเว้น กฎระเบียบแล้วเสร็จ ๒. มีรายงานผลการปรับปรุง แนวทางการจัดแยกประเภท ยา หลักเกณฑ์ และ แนว ทางการให้คำปรึกษา	๑. มีรายงานการรับฟังความ คิดเห็น และ รวบรวมข้อมูล เพิ่มเติม ๒. มีคำขอฯ เข้าสู่ กระบวนการให้คำปรึกษาการ ขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจาก สมุนไพรและชีววัตถุ ที่อยู่ ระหว่างการวิจัยและพัฒนาใน ประเทศ จำนวน ๕ คำขอฯ	๑. มี(ร่าง) กฎระเบียบสามารถ จัดทำแล้วเสร็จ พร้อมเสนอ ผ่านกระบวนการนิติบัญญัติ ต่อไป ๒. มีคำขอฯ เข้าสู่ กระบวนการให้คำปรึกษาการ ขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจาก สมุนไพรและ ชีววัตถุ ที่อยู่ ระหว่างการวิจัย และพัฒนา ในประเทศ จำนวน ๑๐

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
					คำขอฯ (สะสม)

๑๐. การเร่งรัดออกไปอนุญาตของ อย.

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>ร้อยละของคำขออนุญาตผลิตภัณฑ์ยาได้รับการพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>๑. พิจารณาคำขอฯ ที่ยังไม่แล้วเสร็จซึ่งรับคำขอฯ ก่อน พรบ.การอำนวยความสะดวกฯ บังคับใช้ และต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลามาตรฐานที่กำหนด</p> <p>๑.๑ คำขอขึ้นทะเบียนตำรับยา ๑.๒ คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงทะเบียนตำรับยา</p> <p>๒. พิจารณาคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาและคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงทะเบียนตำรับยาที่รับหลัง พรบ.การอำนวยความสะดวกฯ บังคับใช้ ทุกคำขอต้อง</p>	<p>- พิจารณาคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วเสร็จร้อยละ ๒๐</p> <p>- พิจารณาคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงแล้วเสร็จร้อยละ ๒๐</p> <p>- พิจารณาคำขอฯ แล้วเสร็จร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>- พิจารณาคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วเสร็จร้อยละ ๒๐</p> <p>- พิจารณาคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงแล้วเสร็จร้อยละ ๒๐</p> <p>- พิจารณาคำขอฯ แล้วเสร็จร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>- พิจารณาคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วเสร็จร้อยละ ๕๐ (ปริมาณสะสม)</p> <p>- พิจารณาคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงแล้วเสร็จร้อยละ ๕๐ (ปริมาณสะสม)</p> <p>- พิจารณาคำขอฯ แล้วเสร็จร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>- พิจารณาคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วเสร็จร้อยละ ๗๕ (ปริมาณสะสม)</p> <p>- พิจารณาคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงแล้วเสร็จร้อยละ ๗๕ (ปริมาณสะสม)</p> <p>- พิจารณาคำขอฯ แล้วเสร็จร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>- พิจารณาคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วเสร็จร้อยละ ๑๐๐ (ปริมาณสะสม)</p> <p>- พิจารณาคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงแล้วเสร็จร้อยละ ๑๐๐ (ปริมาณสะสม)</p> <p>- พิจารณาคำขอฯ แล้วเสร็จร้อยละ ๑๐๐</p>

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	มาตรการ	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานแต่ละไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเวลา มาตรฐานที่กำหนด					

**หมายเหตุ** ตัวชี้วัดของผู้ตรวจราชการกระทรวงและสาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ประกอบด้วย

๑. ตัวชี้วัดลำดับประเด็นที่ ๑-๖ เป็นตัวชี้วัดกลางของผู้ตรวจราชการกระทรวงและสาธารณสุขนิเทศก์ ทุกเขตสุขภาพ

๒. ตัวชี้วัดลำดับประเด็นที่ ๗ มะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ในตับ

จังหวัดที่ต้องรายงานผลการดำเนินการตาม SMALL SUCCESS เฉพาะในพื้นที่ ๒๗ จังหวัด ๘๔ อำเภอ ๘๔ ตำบล

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒๐ จังหวัด ภาคเหนือ ๖ จังหวัด ภาคตะวันออก ๑ จังหวัด รวม ๒๗ จังหวัด ได้แก่

นครราชสีมา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ

มุกดาหาร สกลนคร กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย และ สระแก้ว

(อยู่ใน พื้นที่เขตสุขภาพ ที่ ๑, ๖, ๗, ๘, ๙ และ ๑๐)

๓. ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาของพื้นที่เขตสุขภาพ

๔. ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาของจังหวัดในเขตสุขภาพ



Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการสาธารณสุข
PA	๑. LTC บูรณาการ ๕ กลุ่มวัย ในตำบลต้นแบบ
ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ(lead)	๑. ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน
คำนิยาม	<p><b>ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ</b> หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชนท้องถิ่นและทุกภาคส่วนในท้องถิ่นที่มีการบูรณาการร่วมกันช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพกำหนดอนาคตดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคมรวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองด้วยความตั้งใจเต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะโดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกันมีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งตนเองและรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในด้านพัฒนาการเด็ก การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน</p> <p><b>ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)</b> หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ผ่านเกณฑ์องค์ประกอบการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๖ ข้อ ได้แก่ มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) /ข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่ ๒ (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุ กลุ่มที่ ๓ (ติดเตียง)</p> <p><b>มาตรฐานที่กำหนด</b> หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย ๕ ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยมแบ่งระดับมาตรฐาน เป็น ๕ ระดับ ดังนี้</p> <p><b>๑) การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน)</b></p> <p>๑.๑ มีองค์ประกอบเครือข่ายที่เข้าร่วมทีมสุขภาพตำบลจากหลายภาคส่วน</p> <p>๑.๒ มีการสร้างและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล โดยกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกันและบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่ชัดเจน</p> <p>๑.๓ มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพตำบล ในเรื่องการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรืออื่นๆ ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ</p> <p>๑.๔ มีการพัฒนาความรู้ อสม. ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ในด้านพัฒนาการเด็ก การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่</p> <p>๑.๕ มีการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทุนของวิสาหกิจชุมชน (เงิน/ทรัพยากร/ผลผลิต/ความรู้/ภูมิปัญญา/ทุนทางวัฒนธรรม/ทุนทางสังคม)</p>

**๒) การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา)**

(ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานครบทุกข้อ)

๒.๑ มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล

๒.๒ มีการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน ร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบล โครงการและกิจกรรม และกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการของชุมชน

๒.๓ มีการระดมทรัพยากร ทุน และภูมิปัญญาท้องถิ่นจากชุมชนมาใช้สนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่กำหนดไว้

๒.๔ มีการสื่อสารแผนงาน/โครงการแก่ผู้เกี่ยวข้องรับรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

๒.๕ มีการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับวิสาหกิจชุมชน (เงิน/ทรัพยากร/ผลผลิต/ความรู้/ภูมิปัญญา/ทุนทางวัฒนธรรม/ทุนทางสังคม)

**๓) การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี)**

(ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานและระดับพัฒนาครบทุกข้อ)

๓.๑ มีชุมชน/ท้องถิ่น/อสม.เป็นพลังสำคัญขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบล/โครงการ/กิจกรรมเชิงรุกในหมู่บ้าน/ชุมชน ในด้านพัฒนาการเด็ก การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่อย่างมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ โดยมี อสม. แกนนำชุมชน เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

๓.๒ มี อสม. นักจัดการสุขภาพ ที่ได้รับการอบรม และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ ของผู้ได้รับการอบรม

๓.๓ มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดีขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ ๗๐

๓.๔ มีมาตรการทางสังคมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๓.๕ มีการรวมตัวของกลุ่มบุคคลตั้งแต่ ๗ คนขึ้นไป เพื่อดำเนินการวิสาหกิจชุมชน(ผลิตสินค้า การให้บริการ หรืออื่นๆ)

**๔) ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก)**

(ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา และระดับดี ครบทุกข้อ)

๔.๑ มีข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าให้ชุมชนรับรู้อย่างต่อเนื่อง

๔.๒ มีกระบวนการติดตามและควบคุมกำกับ การบริหารจัดการ การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างสม่ำเสมอ

๔.๓ มีการสรุปประเมินผล เพื่อปรับกระบวนการ/กิจกรรม/โครงการ

๔.๔ มีผลลัพธ์ของการพัฒนา เช่น ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ ๗๐ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในระดับพอใช้ขึ้นไปร้อยละ ๗๐

๔.๕ มีวิสาหกิจชุมชนพื้นฐาน (การดำเนินการเพื่อกิน เพื่อใช้ในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดรายจ่าย เพิ่มรายรับ) อย่างน้อย ๒ แห่ง/ตำบล

**๕) ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม)**(ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี และระดับดีมากครบทุกข้อ)๕.๑ มีวิทยากรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความเป็นครู หรือวิทยากรกระบวนการ วิทยากรต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศูนย์เรียนรู้สุขภาพชุมชน เช่น โรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน โรงเรียน อสม. ที่มีหลักสูตรเป็นไปตามความต้องการของชุมชน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน

๕.๒ มีการสรุปบทเรียนการพัฒนา การจัดการความรู้ และนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

๕.๓ มีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ การพัฒนาระหว่างชุมชนหรือตำบลอื่นๆ อย่างกว้างขวาง

๕.๔ มีผลกระทบของการพัฒนาทำให้ปัญหาสุขภาพในด้านพัฒนาการเด็ก การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ลดลง

๕.๕ มีวิสาหกิจชุมชนก้าวหน้า (การนำผลิตภัณฑ์ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน ผลผลิตที่เหลือกิน เหลือใช้ในชุมชน เข้าสู่ตลาดบริโภคโดยปรับปรุงคุณภาพผลผลิต หีบห่อ การจัดการด้านการตลาดเพื่อให้สามารถแข่งขันได้) อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง

**ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)** หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ผ่านเกณฑ์องค์ประกอบการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๖ ข้อ ดังนี้

๑. มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) /ข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว

๒. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

๓. มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๔. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข

๕. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล

๖. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่ ๒ (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุ กลุ่มที่ ๓ (ติดเตียง)

**ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ** หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่บนพื้นที่ดำเนินการตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพกรมอนามัย

**มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล** หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.

เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑. ตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๗๐</p> <p>๒. ตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว(LTC) ๑,๐๐๐ ตำบล</p>													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. ตำบลเป้าหมายจำนวน ๗,๒๕๕ตำบล</p> <p>๒. ตำบลเป้าหมายที่ได้รับเลือก ๑,๐๗๐ ตำบล</p>													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลผลการประเมินตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ จากโปรแกรมตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ เว็บไซต์www.thaiphc.net													
แหล่งข้อมูล	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สำนักผู้สูงอายุ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด													
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้นปี ๒๕๕๙													
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว													
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนตำบลเป้าหมาย ในปี ๒๕๕๙													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>- ร้อยละของตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> $= (A/C) \times 100$ <p>- จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว = B</p>													
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามทุก ๓ เดือน													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๕๖</th> <th>๒๕๕๗</th> <th>๒๕๕๘</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ระดับดีขึ้นปี)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๙๒.๐๘ (๑,๖๑๗ ตำบล)</td> <td>๘๐.๐๓ (๒,๑๐๘ ตำบล)</td> <td>๑๐๓.๘๓ (๓,๗๖๙ ตำบล)</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	ร้อยละของตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ระดับดีขึ้นปี)	ร้อยละ	๙๒.๐๘ (๑,๖๑๗ ตำบล)	๘๐.๐๓ (๒,๑๐๘ ตำบล)	๑๐๓.๘๓ (๓,๗๖๙ ตำบล)
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘										
ร้อยละของตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ระดับดีขึ้นปี)	ร้อยละ	๙๒.๐๘ (๑,๖๑๗ ตำบล)	๘๐.๐๓ (๒,๑๐๘ ตำบล)	๑๐๓.๘๓ (๓,๗๖๙ ตำบล)										

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ตำบลมีฐานข้อมูลสุขภาพบุคคลในพื้นที่ ๒. DHS มีความพร้อม	๑. มีตำบลต้นแบบดูแล LTC อย่างน้อย ๑,๐๐๐ ตำบล	๑. ตำบลต้นแบบดูแล LTC สามารถขยายผลสู่ตำบลจัดการสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ ได้ อย่างน้อย ๑,๐๐๐ ตำบล	๑. มี Best practice ของตำบลจัดการสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ
<b>ขยายความเพิ่มเติม</b> - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป จำนวน ๕๐๐ ตำบล - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๑๐๐ ตำบล	<b>ขยายความเพิ่มเติม</b> - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป จำนวน ๑,๕๐๐ ตำบล - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๓๐๐ ตำบล	<b>ขยายความเพิ่มเติม</b> - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป จำนวน ๒,๕๐๐ ตำบล - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๕๐๐ ตำบล	<b>ขยายความเพิ่มเติม</b> - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป จำนวน ๕,๐๗๙ ตำบล - ตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๑,๐๐๐ ตำบล

หมายเหตุ ให้จัดทำ/รายงานผลตาม Small Success ที่เพิ่มเติม

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	- แนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อการพึ่งตัวเองของชุมชน - คู่มือวิทยากรพี่เลี้ยงการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน สามารถดาวน์โหลดได้ทางเว็บไซต์ <a href="http://phc.moph.go.th/www_hss/frontend/theme/index.php">http://phc.moph.go.th/www_hss/frontend/theme/index.php</a>
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	๑. นางสาวสุธาทิพย์ จันทร์ักษ์ หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๙๒๗ ๖๗๗๘ ๒. นางสาวรตี สงวนรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๓๙๘๔๑๘๘ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๐
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>๒. นางสาวสุธาทิพย์ จันทร์ภักษ์ หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๙๒๗ ๖๗๗๘</p> <p>๓. นางสาวรตี สงวนรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๓๙๘๔๑๘๘</p> <p>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๐</p>
--	---

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการสาธารณสุข																				
PA	๒. ลดการบาดเจ็บ																				
ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ(lag)	๒. สัดส่วนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (เดิม:อัตราการตายจากการบาดเจ็บทางถนน)																				
คำนิยาม	<p>การบาดเจ็บทางถนน (รหัส ICD-๑๐ = V๐๑-V๘๙) หมายถึง การตายจากการบาดเจ็บจราจร ทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p><b>ผู้เสียชีวิต</b> หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน นับตั้งแต่เกิดเหตุถึง ๓๐ วัน หลังเกิดเหตุ รวมการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง รพ. ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชั่วโมง และเสียชีวิตในตึกผู้ป่วยหลัง ๒๔ ชั่วโมง จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุรวมถึงช็อกกลับไปตายที่บ้าน ทั้งนี้ให้นับข้อมูลรวมทุกกลุ่มอายุ</p> <p><b>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี ๒๕๕๔-๒๕๖๓)</b> คือ ลด การตายจากการบาดเจ็บทางถนนลงร้อยละ ๕๐ โดยเริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ ๔ ปี (ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗) แนวโน้มยังคงดี มีเวลาที่จะดำเนินการอีก ๖ ปีเท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดให้ได้ร้อยละ ๕๐ ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ย ร้อยละ ๗ - ๘ ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษฯ หรือคิดเป็นลดลงปีละ ๒ ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี ๒๕๕๔ เป็นตัวตั้งต้น รายละเอียดเป้าหมายดังตาราง</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ปี๕๔</td><td>ปี๕๕</td><td>ปี๕๖</td><td>ปี๕๗</td><td>ปี๕๘</td><td>ปี๕๙</td><td>ปี๖๐</td><td>ปี๖๑</td><td>ปี๖๒</td><td>ปี๖๓</td> </tr> <tr> <td>๒๒</td><td>๒๒</td><td>๒๒</td><td>๒๐</td><td>๑๘</td><td>๑๖</td><td>๑๔</td><td>๑๓</td><td>๑๒</td><td>๑๑</td> </tr> </table>	ปี๕๔	ปี๕๕	ปี๕๖	ปี๕๗	ปี๕๘	ปี๕๙	ปี๖๐	ปี๖๑	ปี๖๒	ปี๖๓	๒๒	๒๒	๒๒	๒๐	๑๘	๑๖	๑๔	๑๓	๑๒	๑๑
ปี๕๔	ปี๕๕	ปี๕๖	ปี๕๗	ปี๕๘	ปี๕๙	ปี๖๐	ปี๖๑	ปี๖๒	ปี๖๓												
๒๒	๒๒	๒๒	๒๐	๑๘	๑๖	๑๔	๑๓	๑๒	๑๑												
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลการตายจากการบาดเจ็บทางถนนแยกเป็นรายจังหวัด จากสำนักรับรองและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกไตรมาส																				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักรับรองและยุทธศาสตร์																				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ตุลาคม ๒๕๕๘-กันยายน ๒๕๕๙)																				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๕๘																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐,๐๐๐																				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง เมื่อสิ้นไตรมาสที่ ๔																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๕๖</th> <th>๒๕๕๗</th> <th>๒๕๕๘</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สัดส่วนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ค่ามัธยฐาน ๓ ปี (ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕) ๒๑.๘๖</td> <td>อัตราต่อประชากรแสนคน</td> <td>๒๑.๘๗</td> <td>๒๒.๘๙</td> <td>๑๙.๙๖</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	สัดส่วนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ค่ามัธยฐาน ๓ ปี (ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕) ๒๑.๘๖	อัตราต่อประชากรแสนคน	๒๑.๘๗	๒๒.๘๙	๑๙.๙๖							
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																	
		๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘																	
สัดส่วนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ค่ามัธยฐาน ๓ ปี (ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕) ๒๑.๘๖	อัตราต่อประชากรแสนคน	๒๑.๘๗	๒๒.๘๙	๑๙.๙๖																	

เกณฑ์การประเมิน : อัตราตายลดลงไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. บูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน ๒. จังหวัดมีการแก้ไขจุดเสี่ยง ๕ จุด/ไตรมาส ๓. การบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ตั้งด่านชุมชนลดลงในช่วงเทศกาลปีใหม่ (๔๐ อำเภอเสี่ยง)	๑. จัดตั้ง Emergency & Trauma Admin Unit ในรพ. ระดับ A/S/M๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๒. การบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ตั้งด่านชุมชนลดลงในช่วงเทศกาลสงกรานต์ (๔๐ อำเภอเสี่ยง)	๑. อัตราการสวมหมวกนิรภัยในพื้นที่ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒. อุบัติเหตุรถพยาบาลลดลง	๑. จัดตั้ง Emergency & Trauma Admin Unit ในรพ. ระดับ A/S/M๑ ครบ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. อัตราตายลดลงไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน

วิธีการประเมินผล :	ดูอัตราตายจากการบาดเจ็บทางถนนในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ให้คะแนนดังนี้					
	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	อัตรา	≥๑๘	≥๑๗.๕	≥๑๗	>๑๖	≤๑๖

เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนนในแต่ละระดับ ๒. แนวทางการป้องกันการบาดเจ็บโดยสถานบริการสาธารณสุข ๓. สื่อสิ่งพิมพ์ : สถานการณ์การบาดเจ็บทางถนน รายงานทางวิชาการ ๔. เป้าหมายการดำเนินงานแต่ละไตรมาสของเขตบริการสุขภาพ สามารถเปิดดูได้จาก <a href="http://www.thaincd.com">www.thaincd.com</a>
------------------	--

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙ ๗๘๘ ๓๐๒๐      โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๗ โทรสาร ๐๒-๕๙๐-๓๙๖๘      E-mail: nuchtt@yahoo.com ๒. นายแพทย์ไพฑูริ์ สิงห์คำ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙ ๗๙๙ ๐๘๒๕      โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๗ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๘      E-mail: zalenxxx@gmail.com ๓. นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๔ ๖๗๒ ๔๖๗๘      โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๗ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๘      E-mail: khajohn_j@hotmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
--	--

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
--	---

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางสาวสุชาทิพย์ ภัทรกุลวณิชช์ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑ ๘๑๘ ๘๙๑๕      โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๗ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๘      E-mail:suthathip.ncd@gmail.com ๒. นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๔ ๖๗๒ ๔๖๗๘      โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๗ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๘      E-mail : khajohn_j@hotmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
-------------------------	---



Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการสาธารณสุข		
PA	๒. ลดการบาดเจ็บ		
ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (Lead)	๓. ร้อยละของจังหวัดที่มีการชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง จังหวัดมีการแก้ไขจุดเสี่ยง ๕ จุดต่อไตรมาส		
คำนิยาม	<p>๑. จังหวัดที่มีการชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง จังหวัด (สสจ./รพศ./รพท./รพช./สสอ.) ดำเนินการนำข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่าย หรือข้อมูลจากการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บมาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาและกำหนดจุดเสี่ยงหรือสถานที่ของกลุ่มเสี่ยง เช่น โรงเรียน โรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด การบรรทุกน้ำหนักเกิน เช่น รถบรรทุกอ้อย ฯลฯ เพื่อชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ควรได้รับการแก้ไขทางกายภาพหรือทางด้านพฤติกรรม</p> <p>๒. การนำเสนอข้อมูลเพื่อชี้เป้าการแก้ไขในการประชุมระดับจังหวัด/อำเภอ หมายถึง การใช้ประโยชน์ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ นำเสนอผ่านเวทีการประชุมระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง ผลักดันมาตรการการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมทั้งเชิงกายภาพและเชิงพฤติกรรม</p> <p>๓. การแก้ไขเชิงกายภาพ หมายถึง การแก้ไขจุดเสี่ยง เช่น ปิดจุดกัลบรถ ปรับปรุงทัศนวิสัยติดตั้งไฟสัญญาณ ชะลอความเร็ว เป็นต้น</p> <p>๔. การแก้ไขเชิงพฤติกรรม หมายถึง การแก้ไขพฤติกรรมการขับขี่ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยง เช่น การขับรถย้อนศร การจอดรถบนไหล่ทางของรถบรรทุก การบรรทุกน้ำหนักเกิน เช่น รถบรรทุกอ้อย</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑. จังหวัดชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง ๕ จุดต่อไตรมาส (๒๐ จุดต่อปี)</p> <p>๒. มีการนำเสนอข้อมูลเพื่อชี้เป้าการแก้ไขในการประชุมระดับจังหวัด/อำเภอ ๕ จุดต่อไตรมาส</p> <p>๓. จังหวัดมีการดำเนินงานตามข้อ ๑ และ ๒ (ร้อยละ ๘๐ หรือไม่น้อยกว่า ๑๖ จุด)</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่มีการนำเสนอข้อมูลเพื่อชี้เป้าการแก้ไข		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานของจังหวัด ตามแบบฟอร์ม Quick win รายไตรมาสและส่งกลับไปทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตในพื้นที่ ภายในวันที่ ๒๐ ของเดือนสุดท้ายในแต่ละไตรมาสและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต จัดส่งไปยังสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ภายในวันที่ ๒๕ ของเดือนสุดท้ายในแต่ละไตรมาส		
แหล่งข้อมูล	จังหวัด สคร.		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนจังหวัดที่ดำเนินการชี้เป้าการแก้ไขจุดเสี่ยงตามเกณฑ์เป้าหมาย		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	<p>๑. ติดตามความก้าวหน้าทุกไตรมาส</p> <p>๒. ประเมินผลการดำเนินงานไตรมาสที่ ๔</p>		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			๒๕๕๖
			๒๕๕๗
			๒๕๕๘
	ร้อยละของจังหวัดมีการชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง จังหวัดมีการแก้ไขจุดเสี่ยง ๕ จุดต่อไตรมาส	ร้อยละ	-
			-
			-

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
จังหวัดมีการชี้เป้าแก้ไข จุดเสี่ยง ๕ จุด/ไตรมาส	จังหวัดมีการชี้เป้าแก้ไข จุดเสี่ยง ๕ จุด/ไตรมาส	จังหวัดมีการชี้เป้าแก้ไข จุดเสี่ยง ๕ จุด/ไตรมาส	จังหวัดมีการชี้เป้าแก้ไข จุดเสี่ยง ๕ จุด/ไตรมาส
วิธีการประเมินผล :	รายงานข้อมูลผ่าน สคร.ทุก ๓ เดือน ประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ		
เอกสารสนับสนุน :	แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน Quick win		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค		

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์				
PA	๓. Service Plan ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ				
ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ(lag)	๔. การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง				
คำนิยาม	<p><b>การส่งต่อ</b> หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย ๔ สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาการบาดเจ็บและฉุฉุน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่านอกเขตสุขภาพเช่นกรณีขาดแพทย์เฉพาะทางขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุฉุนและไม่ฉุฉุนและทุกสิทธิการรักษา)</p> <p><b>การส่งต่อในเขตสุขภาพ</b> หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย ๔ สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาการบาดเจ็บและฉุฉุน และสาขาทารกแรกเกิด) ไปสถานบริการที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพเดียวกัน ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล สธ.นอกสังกัด สป. (เช่น โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ฯลฯ) โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ (เช่น โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ สังกัดกระทรวงกลาโหม ฯลฯ) และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p><b>การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ</b> หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย ๔ สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาการบาดเจ็บและฉุฉุน และสาขาทารกแรกเกิด) ไปสถานบริการที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง และบันทึกความเข้าใจข้อตกลง (MOU) ที่ได้ทำไว้กับนอกเขตสุขภาพ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงร้อยละ ๕๐ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ทุติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินการของเขตสุขภาพ รายไตรมาส				
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด/เขต				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วย ๔ สาขา ที่ส่งต่อนอกเขตสุขภาพรายไตรมาส ปี ๒๕๕๘				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย ๔ สาขา ที่ส่งต่อนอกเขตสุขภาพรายไตรมาส ปี ๒๕๕๖				
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลาไตรมาสเดียวกัน)				
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง	ร้อยละ	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
(ระบุ) ลดลงร้อยละ... (ที่ดำเนินการได้)	(ระบุ) ลดลงร้อยละ... (ที่ดำเนินการได้)	(ระบุ) ลดลงร้อยละ... (ที่ดำเนินการได้)	ลดลงร้อยละ ๕๐		

วิธีการประเมินผล :	
เอกสารสนับสนุน :	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นพ.อิติ แสวงธรรม โทร. ๐๘๑-๗๐๕๒๘๘๖</p> <p>๒. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทร. ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗ มือถือ ๐๘๙-๕๒๑๕๙๘๗</p> <p>๓. นางณัฐธิญา รังสินธุ์ โทร. ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗</p> <p>๔. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทร. ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗ มือถือ ๐๘๑-๒๙๘๗๖๙๓</p> <p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>Email: <a href="mailto:refermoph@hotmail.com">refermoph@hotmail.com</a></p>
หน่วยประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทร. ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗ มือถือ ๐๘๑-๒๙๘๗๖๙๓</p> <p>๒. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทร. ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗ มือถือ ๐๘๙-๕๒๑๕๙๘๗</p> <p>๓. นางณัฐธิญา รังสินธุ์ โทร. ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์				
PA	๓. Service Plan ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ				
ตัวชี้วัด (lead)	๕. ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>รพ.ในระดับ F๒ ขึ้นไป หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง ๓๐ - ๙๐ เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม ๒ - ๕ คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ</p> <p>Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น</p> <p>กลวิธีดำเนินงาน ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ รพ.ในระดับ F๒ ทุกแห่ง ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ มียาใช้ได้ตลอดเวลา และไม่เก็บไว้จนยาหมดอายุ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F๒ ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้ จากทุกเขตบริการ				
แหล่งข้อมูล	จากทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล ๑	A = รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไปในเขตที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้				
รายการข้อมูล ๒	B = รพ. ระดับ F๒ ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้นๆ				
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน) หรือทุกไตรมาส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	ร้อยละ	N/A	๕๔.๒๙	๗๕.๙๓
ที่มาข้อมูล : สำนักบริหารการสาธารณสุข					
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐	
เอกสารสนับสนุน :	รายงานจากทุกเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ				

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>๑. นายแพทย์เกรียงไกร เองรัมย์ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑-๓๔๘-๔๒๓๖ โทรศัพท์สำนักงาน ๐๒-๕๔๗-๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๙๒๐ โทรสาร ๐๒-๕๙๑-๙๙๗๒ E-mail : kk_hm๒๐๐๐@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p> <p>๒. นางยุภา กลิ่นสุคนธ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๐๙๔-๔๔๙๙ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๘ โทรสาร : E-mail : yupha๒๒@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินการ</p>	<p>๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙-๖๒๕๔</p> <p>๒. นางยุภา กลิ่นสุคนธ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๐๙๔-๔๔๙๙ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๘ โทรสาร : E-mail : yupha๒๒@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์
PA	๓. Service Plan ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ
ตัวชี้วัด (lead)	๖. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Coronary Intervention หรือ PPCI)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย</p> <p><b>กลวิธีการดำเนินงาน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● เพิ่มหน่วยบริการที่สามารถให้บริการ โดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด</li> <li>● ปรับระบบการส่งต่อ และแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม (ภายใน ๑๒ ชั่วโมงหลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO - I๒๑.๐-I๒๑.๓ และรหัส ICD๙-CM ดังนี้ ๙๙.๑๐ หรือ/และ ๓๗.๖๘ (A)</li> <li>● ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐- WHO ดังนี้ I๒๑.๐-I๒๑.๓ ทั้งหมด (B)</li> <li>● ระวังข้อมูลซ้ำซ้อนจากผู้ป่วยนอกให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วส่งต่อ</li> </ul>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมีผู้ป่วย STEMI และวิเคราะห์ข้อมูล โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยใช้ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ทั้งผู้ป่วยนอกและในแยกตามเขตสุขภาพ ที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO - I๒๑.๐-I๒๑.๓ และรหัส ICD๙-CM ดังนี้ ๙๙.๑๐ (Thrombolytic agent) หรือ/และ ๓๗.๖๘(PPCI)
รายการข้อมูล ๒	B = ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO ดังนี้ I๒๑.๐-I๒๑.๓ ทั้งหมด
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามทุก ๓ เดือน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Coronary Intervention หรือ PPCI)	ร้อยละ	๖๒.๗	๖๕.๐๘	๗๓.๕๑
ที่มาข้อมูล : ACS registry โดย UCHA					
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	
<b>วิธีการประเมิน :</b>	ดูข้อมูล - ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด - ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	เอกสาร ๔๓ เพิ่มข้อมูล				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	๑. นายแพทย์เกรียงไกร เสงี่ยมมี โทรศัพทมือถือ: ๐๘๑-๓๔๘-๔๒๓๖ โทรศัพทสำนักงาน ๐๒-๕๔๗-๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๙๒๐ โทรสาร ๐๒-๕๔๑-๙๙๗๒ E-mail : kk_hm๒๐๐๐@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ ๒. นางกนกพร แจ่มสมบุรณ์ โทรศัพทมือถือ: ๐๘๙-๘๑๓-๑๙๓๗ โทรศัพทสำนักงาน : ๐๒-๕๔๗๐๙๐๓ โทรสาร : ๐๒-๕๔๗๐๙๐๓ E-mail : j_kanokpon@hotmail.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดเก็บข้อมูล</b>	สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข				
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินการ</b>	๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพทมือถือ: ๐๘๙-๘๒๙-๖๒๕๔ ๒. นางยุภา กลิ่นสุคนธ์ โทรศัพทมือถือ: ๐๘๓-๐๙๔-๔๔๙๙ โทรศัพทสำนักงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๘ โทรสาร : E-mail : yupha๒๒@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข				





Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์
PA	๓. Service Plan ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ
ตัวชี้วัด (lead)	๘. สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัย ภายใน ๔ สัปดาห์
คำนิยาม	<p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์(หน่วยนับเป็น สัปดาห์ และ ๔ สัปดาห์ นับเป็น จำนวน ๒๘ วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</li> <li>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น วันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจรักษามะเร็งเป็นต้น</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p><b>หมายเหตุ</b> ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน ๔ สัปดาห์และ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนรักษาดูแลด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ $\geq 80\%$
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา ด้วยการผ่าตัด</li> <li>จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของการผ่าตัด</li> <li>ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>๓.๑ วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์(Obtained date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษาอื่นๆ</li> <li>๓.๒ วันผ่าตัด (Operation date) กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ</li> <li>๓.๓ วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่งการรักษามะเร็ง)</li> </ol> </li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>จาก Hospital Based Cancer Registry</li> <li>จากหน่วยบริการผู้ป่วยศัลยกรรม ห้องผ่าตัด</li> </ol>
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา $\leq 4$ สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก ๓ เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	สัดส่วนผู้ป่วย มะเร็งได้รับ ผ่าตัดภายหลัง วินิจฉัย ภายใน ๔ สัปดาห์	ร้อยละ	-	-	-
<b>เกณฑ์การประเมิน:</b>					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	
วิธีการประเมินผล:	สำรวจและติดตามนิเทศ				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นายแพทย์อาคม	ชัยวีระวัฒน์	(arkom๗๐@hotmail.com)		
	๒. นางสมจิตร	ประภากร	(nurse_nci@hotmail.com)		
	๓. นายโชคชัย	สุขเหลือ	(chok_nci@hotmail.com)		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	๑. คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ ๒. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔ ๓. นางจตุมาพร สาขากุล โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๘๑๐๕๔๑๐ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๘ โทรสาร : E-mail : jutid๙๖๙@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ				

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์
PA	๓. Service Plan ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ
ตัวชี้วัด (lead)	๙. สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์
คำนิยาม	<p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษารักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ(Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษา</p> <p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษารักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ ๖ สัปดาห์ นับเป็น จำนวน ๔๒ วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p><b>หมายเหตุ</b> ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมีวันแรก ไม่เกิน ๖ สัปดาห์</li> <li>๒. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรก ไม่เกิน ๖ สัปดาห์</li> </ol> <p>การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนรักษารักษาด้วยรังสีรักษา ได้รับรังสีรักษาวันแรกภายใน ๖ สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ ๘๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา ด้วยรังสีรักษา</li> <li>๒. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของการรักษาด้วยรังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>๓. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>๓.๑ วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ</li> <li>๓.๒ วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้ายสำหรับการรักษาด้วยรังสีรักษา กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ</li> <li>๓.๓ วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่งการรักษามะเร็ง)</li> </ol> </li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. จาก Hospital Based Cancer Registry</li> <li>๒. จากหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยรังสีรักษา</li> </ol>
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษารักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา $\leq$ ๖ สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก ๓ เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	สัดส่วนผู้ป่วย มะเร็งได้รังสี รักษาภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์	ร้อยละ	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน:					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	
วิธีการประเมินผล:	สำรวจและนิเทศติดตาม				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นายแพทย์อาคม	ชัยวีระวัฒน์	(arkom๗๐@hotmail.com)		
	๒. นางสมจิตร	ประภากร	(nurse_nci@hotmail.com)		
	๓. นายโชคชัย	สุขเหลือง	(chok_nci@hotmail.com)		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	๑. คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ ๒. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔ ๓. นางจตุมาพร สาขากุล โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๘๑๐๕๔๑๐ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๘ โทรสาร : E-mail : jutima๖๙@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข				

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์				
PA	๓. Service Plan ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ				
ตัวชี้วัด (lead)	๑๐. สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์				
คำนิยาม	<p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ ๖ สัปดาห์ นับเป็น จำนวน ๔๒ วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัดให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงาน ออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้รับยาเคมีบำบัดวันแรกภายใน ๖ สัปดาห์ $\geq 80\%$				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัด</li> <li>จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>๓.๑ วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง และเป็นครั้งที่ตัดสินใจโรคนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ</li> <li>๓.๒ วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย ในกลุ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ</li> <li>๓.๓ วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่งการรักษามะเร็ง)</li> </ol> </li> </ol>				
แหล่งข้อมูล	จาก Hospital Based Cancer Registry				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด $\leq 6$ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก ๓ เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	ร้อยละ	-	-	-

<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	สำรวจและนิเทศติดตาม		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง		
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	๑. นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom๗๐@hotmail.com) ๒. นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com) ๓. นายโชคชัย สุขเหลือง (chok_nci@hotmail.com)		
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	สำนักบริหารการสาธารณสุข		
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	๑. คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ ๒. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔ ๓. นางจตุมาพร สาขากุล โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๘๑๐๕๔๑๐ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๘ โทรสาร : E-mail : juti๑๙๖๙@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข		

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์				
PA	๓. Service Plan ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ				
ตัวชี้วัด (lag)	๑๑. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (แทนตัวชี้วัด เดียง NICU และ Sick New Born ได้มาตรฐานขนาดโรงพยาบาล)				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่เกิดรอดออกมา มีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ให้น้อยกว่า ๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่เกิดรอดออกมา มีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรเชื่อมโยง ฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักการบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ เพื่อประมวลผล ข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดเก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง สังกัด สป. สธ. และ/หรือโรงพยาบาลนอกสังกัด				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตร และหนังสือรับรองการตาย จากการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิต $\leq$ ๒๘ วัน				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑,๐๐๐$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	อัตรา	๗	๗	๗
เกณฑ์การประเมิน:					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
				น้อยกว่า ๕/๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต	
วิธีการประเมินผล:	๑. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด ๒. ส่งข้อมูลครบทุกเขต ๓. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ๔. มีการสรุปข้อมูล				
เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด ๒. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์ วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ ๐๘ ๓๐๐๗ ๐๕๗๘ E-mail wiboonkan@gmail.com				



<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล</p>	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</p>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ  ๒. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔  ๓. นางจตุติมาพร สาขากุล โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๘๑๐๕๔๑๐  โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๕๐๑๖๔๘ โทรสาร :  E-mail : jutit๑๙๖๙@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์				
PA	๔. NCD เริ่มจากลด CKD นำสู่ลด DM HT				
ตัวชี้วัด (lag)	๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ mL/min/๑.๗๒ m <sup>๒</sup> /yr (CKD ควบคุมได้)				
คำนิยาม	<p>- eGFR หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinine โดยใช้สมการ CKD - EPI</p> <p>- ผู้ป่วย CKD หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น N๑๘๑-๑๘๔, (N๑๘๙ ที่ไม่มี eGFR หรือมี eGFR ≥ ๑๕) หรือ E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒ หรือ I๑๒*, I๑๓*, I๑๕๑ ที่มี eGFR ≥ ๑๕ และ นับคนไม่ซ้ำในปี โดยมีวัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด เพื่อประเมินความสำเร็จในการชะลอการเสื่อมไต</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๕๐% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๕๙				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รอบ ๓-๙ เดือน ขอข้อมูลจากสำนักงานเขต และ การนิเทศตรวจราชการ รอบปกติ และ นิเทศ service plan</li> <li>• รอบ ๑๒ เดือน รายงานจากฐานข้อมูล HDC</li> <li>• การคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR ต้องมี creatinine ≥ ๒ ค่า หากมีการตรวจระดับ creatinine ๑ ครั้ง จะไม่ประเมิน</li> </ul>				
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล ๑	A= ผู้ป่วย CKD สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๔				
รายการข้อมูล ๒	B= ผู้ป่วย CKD สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / B$				
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ผู้ป่วย CKD ที่ควบคุม eGFR ได้ตามเป้า	ร้อยละ	-	๖๒.๑	๖๑.๒
<p>หมายเหตุ :</p> <p>ข้อมูลได้จาก HDC กระทรวง สธ โดยดึงข้อมูลจากฐาน ๔๓ แฟ้ม ช่วงปี ๒๕๕๗-๒๕๕๘ ตัวเลขยังอาจไม่ตรงความเป็นจริงเนื่องจากระบบเริ่มเปิดใช้งานต้นเดือน กย.๕๘ ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลจาก รพ.ปลายทางยังไม่ครบถ้วนข้อมูลไหลเข้า น้อยกว่าร้อยละ ๕</p>					

เกณฑ์การประเมิน:			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
แจ้งเขตเพื่อรับทราบ KPI และแก้ไขปัญหาทางเทคนิคในการส่งข้อมูล CKD เข้าสู่ ๔๓ แฟ้ม	เขตมีความพร้อมของระบบในการส่งข้อมูล CKD เข้าสู่ ๔๓ แฟ้มของกระทรวง สธ	เขตมีความพร้อมในการลงข้อมูลเข้าสู่ระบบ ๔๓ แฟ้มของกระทรวง สธ	ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ mL/min/๑.๗๓ m <sup>2</sup> /yr (เป้าหมาย > ๕๐%)
<b>วิธีการประเมินผล:</b>	เปรียบเทียบการดำเนินการกับเป้าหมายที่ ๑๒ เดือน		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	KPI: CKD clinic สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย		
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นายแพทย์สกันต์ บุนนาค โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ โทร. ๐๘ ๐๔๕๓ ๑๑๑๐ E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com		
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	สำนักบริหารการสาธารณสุข		
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	๑. นางศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล หมายเลขโทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๗๔ E-mail : sripen_ncd@yahoo.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ๒. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔ ๓. นางกนกวรรณ พึ่งรัศมี โทร. ๐๒ ๕๙๐ ๑๖๓๗ มือถือ ๐๘ ๙๕๒๑ ๕๙๘๗ E-mail : <a href="mailto:refermoph@hotmail.com">refermoph@hotmail.com</a> สำนักบริหารการสาธารณสุข		

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์			
PA	๔. NCD เริ่มจากลด CKD นำสู่ลด DM HT			
ตัวชี้วัด (lead)	๑๓. คัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM/HT			
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้</p> <p>๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติมานานติดต่อกันเกิน ๓ เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้</p> <p>๒. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า ๖๐ mL/min/๑.๗๓m<sup>๒</sup> ติดต่อกันเกิน ๓ เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้</p> <p>การคัดกรอง หมายถึงการตรวจ LABTEST๑๒ หรือ LABTEST๑๔ หรือ LABTEST๑๑ หรือ LABTEST๑๕ โดยประเมินจากวันที่ตรวจในปีงบประมาณเท่านั้น (ไม่ดูผลการตรวจ)</p> <p>**หากมีการตรวจ LAB มากกว่าหนึ่งรายการ จะนับเป็นผลงานในไตรมาสที่วันที่ตรวจน้อยที่สุดเพียงครั้งเดียวเท่านั้น</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๐			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผ่านระบบ ๔๓ แฟ้มของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล ๑	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง			
รายการข้อมูล ๒	B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการในคลินิกบริการ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานตามไตรมาส			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			๒๕๕๖	๒๕๕๗
			๒๕๕๘	
	การคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM/HT	ร้อยละ	NA	NA
			๕๑.๑๔	
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน			
เอกสารสนับสนุน :				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑ นางณัฐจิรพรรณ พันธุ์มิ่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๗ โทรสาร ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๘ Nuttiwan๒๕๑๖@hotmail.com</p> <p>๒ นางสาวธิดารัตน์ อภิญา นักวิชาการสาธารณสุข โทร ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๗ โทรสาร ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๘ Tuangruithai๐๓๑๒@gmail.com</p>			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	พญ. จุรีพร คงประเสริฐ jureenkong@gmail.com		โทร ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๗ โทรสาร ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๘	

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์				
PA	๔. NCD เริ่มจากลด CKD นำสู่ลด DM HT				
ตัวชี้วัด (lead)	๑๔. คลินิก CKD คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป				
คำนิยาม	CKD Clinic หมายถึง การดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกที่ประกอบด้วย ๑) ทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร และ นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร) ๒) การให้สุขศึกษา (ด้านอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการปรับตัวกับการใช้ชีวิตประจำวัน และด้านการเตรียมตัวเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต) ๓) มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ๔) มีการทำงานในรูปแบบเครือข่ายกับชุมชน และ รพ.ในระดับสูงและต่ำกว่า				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ F๒ขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ขอข้อมูลจากสำนักงานเขต และ การนิเทศตรวจราชการรอบปกติ และ นิเทศ service plan สํารวจโดย สบรส.				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนรพ.ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป ที่มีการดำเนินการ CKD Clinic ในจังหวัด				
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนรพ.ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป ทั้งหมดในแต่ละจังหวัด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(Ax๑๐๐)/B				
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	คลินิก CKD คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป	ร้อยละ	-	-	-
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	แจ้งเป้าหมายและแนวทางแก่เขต	เขตมีการจัดเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก CKD	คลินิก CKD คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐	คลินิก CKD คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐	
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบการดำเนินการกับเป้าหมายที่ ๑๒ เดือน				
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดำเนินงานเพื่อลดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ สธ ๐๒๒๘.๐๔/๙๒๔ วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๙				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์สกันต์ บุนนาค โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ โทร. ๐๘ ๐๔๕๓ ๑๑๑๐ E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com				

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. นางศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล  หมายเลขโทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๗๔ E-mail : sripen_ncd@yahoo.com  สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p> <p>๒. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข                      โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔</p> <p>๓. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์  โทร.๐๒ ๕๙๐ ๑๖๓๗ มือถือ ๐๘ ๙๕๒๑ ๕๙๘๗  E-mail : refermoph@hotmail.com  สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์		
PA	๔. NCD เริ่มจากลด CKD นำสู่ลด DM HT		
ตัวชี้วัด (lead)	๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี		
คำนิยาม	ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ๑. ค่าระดับ HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ ๗ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ หรือ ๒. ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) ๒ ครั้งสุดท้าย (หรืออาจใช้ Fasting Capillary Glucose (FCG)) ที่มีข้อมูลมีค่าระหว่าง ๗๐ - ๑๓๐ มก./ดล. ทั้งสองครั้ง ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์		
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ร้อยละ ๔๐		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area ๑,๓)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ และมีผลดังนี้ ๑. ค่าระดับ HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ ๗ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ หรือ ๒. ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) ๒ ครั้งสุดท้าย (หรืออาจใช้ Fasting Capillary Glucose (FCG)) ที่มีข้อมูลมีค่าระหว่าง ๗๐ - ๑๓๐ มก./ดล. ทั้งสองครั้ง ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ <b>หมายเหตุ:</b> ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุม ไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี ๒๕๕๙ ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี ๒๕๖๐ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area ๑,๓) : ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐ -E๑๔ และ Type area ๑,๓		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$		
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			๒๕๕๖      ๒๕๕๗      ๒๕๕๘
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	-              ๒๐.๔๙      ๒๕.๑๘
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>			
รอบ ๓ เดือน (ระบุ) ลดลงร้อยละ... (ที่ดำเนินการได้)	รอบ ๖ เดือน (ระบุ) ลดลงร้อยละ... (ที่ดำเนินการได้)	รอบ ๙ เดือน (ระบุ) ลดลงร้อยละ... (ที่ดำเนินการได้)	รอบ ๑๒ เดือน ร้อยละ ๔๐

วิธีการประเมินผล :	
เอกสารสนับสนุน :	- แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี ๒๕๕๗ - คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ ๒๕๕๘
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	๑. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ E-mail : <a href="mailto:jurekong@gmail.com">jurekong@gmail.com</a> หมายเลขโทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๕ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๘ ๒. แพทย์หญิงสุนนี วัชรสินธุ์ E-mail : <a href="mailto:wsu_๑๙๗๘@hotmail.com">wsu_๑๙๗๘@hotmail.com</a> หมายเลขโทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๕ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๗๔ E-mail : <a href="mailto:sripen_ncd@yahoo.com">sripen_ncd@yahoo.com</a> สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ๒.นางสุนันท์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗-๘ โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ E-mail : <a href="mailto:refermoph@hotmail.com">refermoph@hotmail.com</a> สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล หมายเลขโทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๗๔ E-mail : <a href="mailto:sripen_ncd@yahoo.com">sripen_ncd@yahoo.com</a> สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ๒. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔ ๓. นางสุนันท์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗-๘ โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ E-mail : <a href="mailto:refermoph@hotmail.com">refermoph@hotmail.com</a> สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข





<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</p>	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล  หมายเลขโทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๗๔ E-mail : sripen_ncd@yahoo.com  สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p> <p>๒. นางเกวณีน ชื่นเจริญสุข           โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๒๙๖๒๕๔</p> <p>๓. นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด  โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗-๘  โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ E-mail : refermoph@hotmail.com  สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์				
PA	๔. NCD เริ่มจากลด CKD นำสู่ลด DM HT				
ตัวชี้วัด (lead)	๑๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)				
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการประเมิน หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๐				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area ๑,๓)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงาน/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	จากการรายงาน/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ลงทะเบียนทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	-	-	-
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>					
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>					
๑. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ๒. คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ ๒๕๕๘					
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>					
๑. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ E-mail:jurekong@gmail.com หมายเลขโทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๕ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๘ ๒. นางณัฐฉิรวรรณ พันธุ์มุง E-mail:nuttisuch@yahoo.com หมายเลขโทรศัพท์:๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๖ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๘ ๓. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล E-mail:sripen_ncd@yahoo.com หมายเลขโทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๗๔ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ๔. นางสุนันท์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗-๘ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ E-mail : refermoph@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)</p>	<p>นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗-๘ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ E-mail : refermoph@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗-๘ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ E-mail : refermoph@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์
PA	๔. NCD เริ่มจากลด CKD นำสู่ลด DM HT
ตัวชี้วัด (lead)	๑๘. ร้อยละของ รพศ. รพท. รพช. ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิก NCD คุณภาพ
คำนิยาม	<p>คลินิก NCD คุณภาพ หมายถึง เครือข่ายของคลินิก/คลินิก/ศูนย์ในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในสถานพยาบาล มุ่งเน้นคลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มที่เป็นโรค/ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคสี่เป้าหมายหลัก ข้างต้น ลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแล ที่จำเป็นระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ</p> <p>องค์ประกอบหลัก ๖ องค์ประกอบ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑) มีทิศทางและนโยบาย</li> <li>๒) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ</li> <li>๓) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน</li> <li>๔) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง</li> <li>๕) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ</li> <li>๖) มีระบบสารสนเทศ</li> </ol> <p>เกณฑ์ผลลัพธ์เพื่อการรักษาดูแลผู้ป่วย คลินิก NCD ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง ลดโอกาสเสี่ยง ลดโรคและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑) ผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและมีความเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและ/หรือได้รับยาในการรักษาร้อยละ ๕๐</li> <li>๒) การคัดกรองการสูบบุหรี่</li> <li>๓) การคัดกรองภาวะซีมเคร้า ประเมินภาวะเครียดและการติดสุรา</li> <li>๔) ผู้ป่วย DM/HT ควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตได้ดีตามเป้าหมายในแต่ละระยะของโรค</li> <li>๕) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน</li> <li>๖) คุณภาพการดูแลรักษา/ส่งผลต่อผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน และ/หรือมีปัญหาการควบคุมไม่ได้ดีตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องติดกัน สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตเสื่อม เป็นต้น</li> <li>๗) ลดการนอนโรงพยาบาลไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (unexpected admission rate)</li> <li>๘) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง</li> <li>๙) ลดอัตราการเสียชีวิต ที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรัง</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ. รพท. และ รพช. ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินเชิงคุณภาพปีละ ๑ ครั้ง

แหล่งข้อมูล	จากการประเมินของ สคร. ร่วมกับศูนย์วิชาการเขต												
รายการข้อมูล ๑	A = (รพศ. รพท. รพช. ที่ผ่านเกณฑ์ในปี ๒๕๕๗-๒๕๕๘) + (รพ. ที่ได้รับการประเมินและผ่านเกณฑ์ในปี ๒๕๕๙)												
รายการข้อมูล ๒	B = รพศ. รพท. รพช. ทั้งหมดในจังหวัด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ๒๕๕๗												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	รพศ., รพท., รพช. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ในปี ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘												
	เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
	รพ. ทั้งหมด	๙๙	๔๗	๕๔	๗๑	๖๖	๗๓	๗๗	๘๗	๘๙	๗๑	๘๐	๗๘
	ผ่านเกณฑ์	๖๐	๔๒	๓๗	๕๐	๖๕	๕๕	๕๘	๖๔	๖๑	๕๗	๕๔	๕๔
ร้อยละ	๖๐.๖	๘๙.๔	๖๘.๕	๗๐.๔	๙๘.๕	๗๕.๓	๗๕.๓	๗๓.๖	๖๘.๕	๘๐.๓	๖๗.๕	๖๙.๒	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนรพ. เป้าหมายที่จะประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ในปี ๒๕๕๙												
	เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
	จำนวนรพ.	๓๙	๕	๑๗	๒๑	๑	๑๘	๑๙	๒๓	๒๘	๑๔	๒๖	๒๔
เกณฑ์การประเมิน :													
รอบ ๓ เดือน			รอบ ๖ เดือน			รอบ ๙ เดือน			รอบ ๑๒ เดือน				
-			-			ร้อยละ ๘๐			ร้อยละ ๑๐๐				
วิธีการประเมินผล :													
เอกสารสนับสนุน :													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. พญ. สุมณี วัชรสินธุ์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐๓๙๖๕ E-mail: wsu_๑๙๗๘@hotmail.com ๒. น.ส. นพวรรณ อัสวรัตน์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐๓๙๖๓ E-mail: aswarat_๑@hotmail.com ๓. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐๓๙๗๔ E-mail: sripen_ncd@yahoo.com												
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข												
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค หมายเลขโทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๗๔ E-mail : sripen_ncd@yahoo.com												

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านบริหาร		
PA	๕. บริหารจัดการ HR, Finance, พัสดุ โปร่งใส		
ตัวชี้วัด(lead)	๑๙. จัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐-๒๕๖๔) โดยมีการดำเนินการภาพรวมครอบคลุมทั้ง HRP HRD และ HRM		
คำนิยาม	<p>ฐานข้อมูลด้านทรัพยากรบุคคล หมายถึง ระบบการจัดเก็บข้อมูลบุคลากรในองค์กร แบ่งหมวดหมู่อย่างชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน สามารถนำข้อมูลมาใช้งานได้ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเป็นระบบในการช่วยจัดเก็บได้</p> <p>แผนยุทธศาสตร์กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐-๒๕๖๔) หมายถึง แผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับการวางแผนความต้องการที่สอดคล้องทิศทางการพัฒนาระบบบริการของระดับเขตสุขภาพ แผนการกระจายอัตรากำลัง แผนการพัฒนาฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคล แผนการจ้างงาน แผนการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร รวมถึงแผนการพัฒนาบุคลากรในด้านต่างๆ</p> <p>ระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน (PMS) หมายถึง กระบวนการบริหารแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงการวางแผนยุทธศาสตร์ และเป้าหมายขององค์กร การพัฒนาผลการปฏิบัติงาน การติดตามผลการปฏิบัติงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยมุ่งเน้น ความสอดคล้องของผลการปฏิบัติงานของบุคคลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกับเป้าหมายรวมขององค์กร</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๓ ระดับ</p> <p>ระดับ ๑ มีการวิเคราะห์อัตรากำลังและปรับฐานข้อมูลกำลังคนและระบบบริการของเขตสุขภาพให้เป็นปัจจุบัน</p> <p>ระดับ ๒ มีการวิเคราะห์ทิศทางการพัฒนาระบบบริการเพื่อวางแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ และมีการวิเคราะห์ปัญหาหรือช่องว่างเพื่อหาแนวทางการทำแผนพัฒนา</p> <p>ระดับ ๓ มีแผนยุทธศาสตร์ กำลังคนของเขตสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง HRP HRM และ HRD และมีระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน (PMS)</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ ๑๒ เขต		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลรายเขตสุขภาพทุกไตรมาส ส่งมาที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีระดับความสำเร็จระดับ ๓		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเขตสุขภาพ (๑๒ เขต)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			๒๕๕๖    ๒๕๕๗    ๒๕๕๘
	จัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐-๒๕๖๔) โดยมีการดำเนินการภาพรวมครอบคลุมทั้ง HRP HRD และ HRM	ร้อยละ	

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีกรอบการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	- มีระบบฐานข้อมูลกำลังคนของเขตสุขภาพ - มีเป้าหมาย พัฒนาระบบบริการและการวิเคราะห์แผนกำลังคน - รพช./รพท./สสจ.ทำแผนกำลังคนตามกรอบที่ได้รับจัดสรร ภายใต้โครงสร้างใหม่ของ กระทรวงสาธารณสุข แล้วเสร็จ (มี.ค. ๕๙)	- มีแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ - รพช.ทำแผนกำลังคนตามกรอบที่ได้รับจัดสรร ภายใต้โครงสร้างใหม่ของ กระทรวงสาธารณสุข แล้วเสร็จ (มี.ย. ๕๙)	- มีระบบฐานข้อมูลกำลังคนของเขตสุขภาพที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน - มีแผนยุทธศาสตร์กำลังคนของเขตสุขภาพ - เขตสุขภาพและ สสจ.มีระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน (PMS)
วิธีการประเมินผล :	แบ่งเกณฑ์เป็น ๓ ระดับ		
เอกสารสนับสนุน :	-		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นายแพทย์สุวิชา ศฤงคารพูนเพิ่ม เบอร์โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๑๓๘๖ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. นางณิชากร ศิริกนกวิไล เบอร์โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๑๓๘๔ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓. นางสาววิไลวรรณ ประโยชน์ เบอร์โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๑๓๔๑, ๐๒-๕๙๐-๑๓๕๖ กลุ่มงานบริหารงานบุคคล กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๔. ดร.อลิสา ศิริเวชสุนทร โทรศัพท์มือถือ : ๐๘-๑๓๔๑-๒๒๖๘ เบอร์โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๑๘๐๙,๑๘๑๕ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข		



Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์
PA	๕. บริหารจัดการ HR, Finance, พัสดุ โปร่งใส
ตัวชี้วัด(lag)	๒๐. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่
คำนิยาม	<p>๑. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินหมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของกระทรวง สาธารณสุข ผ่านการบริหารงานในรูปแบบเขตบริการสุขภาพเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย</p> <p>๑) ความสามารถกระจายการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายทุกหมวดที่ได้รับมอบอำนาจให้สอดคล้องกับสถานะการเงินของหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอสามารถจัดบริการประชาชนให้เข้าถึงบริการได้ครอบคลุมทั่วถึงเท่าเทียมและเป็นธรรม</p> <p>๒) ความสามารถพัฒนาและควบคุมกำกับให้หน่วยบริการมีสมรรถนะ และประสิทธิภาพในการบริการการเงินการคลัง จนไม่ประสบปัญหาทางการเงิน</p> <p>๒. ปัญหาการเงินระดับ ๗ หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด ๗ คะแนน ประกอบด้วย</p> <p>๑) Current Ratio &lt; ๑.๕ = ๑ คะแนน</p> <p>๒) Quick Ratio &lt; ๑.๐ = ๑ คะแนน</p> <p>๓) Cash Ratio &lt; ๐.๘ = ๑ คะแนน</p> <p>๔) ทุนสำรองสุทธิติดลบ = ๑ คะแนน</p> <p>๕) ผลประกอบการขาดทุน = ๑ คะแนน</p> <p>๖) ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย &lt; ๓ เดือน = ๒ คะแนน</p> <p>๓. หน่วยบริการในพื้นที่ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ ๑๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. จัดเก็บจากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซต์การเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ (<a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a>)</p>
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส



Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์
PA	๕. บริหารจัดการ HR, Finance, พัสดุ โปร่งใส
ตัวชี้วัด (lead)	๒๑. แผน planfin และผลการดำเนินงานมีความต่าง
คำนิยาม	<p><b>แผนทางการเงิน</b> หมายถึง แผนซึ่งแสดงรายละเอียดตัวเลขทางการเงินซึ่งเป็นการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการใช้และการได้มาจากธุรกิจหรือดำเนินงานของหน่วยงานนั้น</p> <p><b>องค์ประกอบแผนทางการเงิน</b></p> <p>๑. แผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายเพื่อให้หน่วยบริการ ได้มีการคาดการณ์รายได้ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในปี ๒๕๕๙ ซึ่งจะช่วยให้หน่วยบริการได้รับทราบแนวโน้มของผลประกอบการว่าจะไปในทิศทางใด(กำไรหรือขาดทุน)</p> <p>๒. แผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อให้หน่วยบริการได้มีการวางแผนในการจัดซื้อยาเวชภัณฑ์มีชีวะยา วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นทรัพยากรหลักในการให้บริการ เพื่อให้มีการจัดซื้อในปริมาณที่เหมาะสม</p> <p>๓. แผนบริหารจัดการเจ้าหน้าที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการรับรู้ภาระหนี้สินที่ยังไม่ได้ดำเนินการชำระ ณ ปัจจุบัน และการก่อหนี้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อจะได้วางแผนการชำระหนี้ได้อย่างเหมาะสมตามกำหนดเวลา</p> <p>๔. แผนบริหารจัดการลูกหนี้ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับรู้ถึงสิทธิเรียกร้องอันชอบธรรมที่พึงได้รับจากการให้บริการ เนื่องจากลูกหนี้เป็นสินทรัพย์ที่มีสภาพคล่องสูงสามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้รวดเร็ว หน่วยงานจึงต้องให้ความสำคัญและวางแผนในการเรียกเก็บอย่างเป็นระบบ</p> <p>๕. แผนการลงทุน เพื่อให้หน่วยบริการได้วางแผนในการจัดซื้อ/จัดหา ครุภัณฑ์ อาคารที่ดินสิ่งก่อสร้างซึ่งมีมูลค่าหรือมีราคาสูง อย่างเหมาะสมกับสถานะทางการเงิน</p> <p>๖. แผนสนับสนุน รพ.สต. มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้หน่วยบริการได้มีการวางแผนสนับสนุนให้ความช่วยเหลือลูกข่าย (รพ.สต.) ทั้งในรูปแบบของเงิน ยา เวชภัณฑ์ฯ และการลงทุนอื่น ๆ อย่างเหมาะสม โดยอาจเทียบเคียงกับข้อมูลของปีที่ผ่านมา</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ความต่างไม่เกินร้อยละ ๑๐ เปรียบเทียบแผนประมาณรายได้กับรายงานการเงิน (งบแสดงผลการดำเนินงาน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซต์( <a href="http://planfin.cfo.in.th">http://planfin.cfo.in.th</a> ) กลุ่มประกันสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล ๑	A = ข้อมูลจากแผนประมาณการรายได้ -ค่าใช้จ่าย จาก planfin
รายการข้อมูล ๒	B = ข้อมูลด้านรายได้ -ค่าใช้จ่ายจากงบแสดงฐานะการเงิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B-A)*100/B$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	แผน planfin และผลการดำเนินงาน มีความต่าง	ร้อยละ	-	-	ผลต่างรายได้ ๒.๔๐ ผลต่างค่าใช้จ่าย ๑.๔๑
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	แผน planfin ครบทุกหน่วย บริการ ๑๐๐%	แผน planfinและผลการดำเนินงานมีความต่างไม่เกินร้อยละ ๒๐	แผน planfinและผลการดำเนินงานมีความต่างไม่เกินร้อยละ ๑๕	แผน planfinและผลการดำเนินงานมีความต่างไม่เกินร้อยละ ๑๐	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ประเมินจากข้อมูลทางเว็บไซต์ ( <a href="http://planfin.cfo.in.th">http://planfin.cfo.in.th</a> )				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	ข้อมูลทางเว็บไซต์ ( <a href="http://planfin.cfo.in.th">http://planfin.cfo.in.th</a> )				
<b>ผู้บันทึกข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ ๑. นายแพทย์เกษม ตั้งเกษมสำราญ ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ ๒. นางอมรรัตน์ พิระพล นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ				
<b>หน่วยงานประเมินผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	๑. นางอมรรัตน์ พิระพล นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ ๒. นางสาวสายสุณีเนตร์พริ้ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ ๓. นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ ๔. นางสาวพรเพ็ญ ทองนุ่น นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ ๕. นายพยนต์ แจ่มศรี นักวิชาการเงินและบัญชี ๖. นางสาวสุพรรณษา พวงสิงห์ นักวิชาการเงินและบัญชี ๗. นางสาววชิราภรณ์ แรมกระโทก เจ้าหน้าที่ดูแลข้อมูล				
<b>หน่วยงานที่นำเข้าข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒๕๙๐๑๗๙๗, ๐ ๒๕๙๐ ๑๕๗๕, ๐ ๒๕๙๐ ๒๔๑๖ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๑๕๖๘ เว็บไซต์ <a href="http://planfin.cfo.in.th">http://planfin.cfo.in.th</a>				

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์		
PA	๕. บริหารจัดการ HR, Finance, พัสดุ โปร่งใส		
ตัวชี้วัด (lead)	๒๒. หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI		
คำนิยาม	<p>เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI ) หมายถึง เครื่องมือที่จะช่วยเสริมสร้างวินัย การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีระบบรายงานที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและแก้ไขปัญหาการเงินให้กับหน่วยบริการ สำหรับเกณฑ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ประกอบด้วย ๔ กิจกรรมหลัก ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน</li> <li>๒. การพัฒนาคุณภาพบัญชี</li> <li>๓. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง</li> <li>๔. การจัดทำต้นทุนบริการ UNIT COST</li> </ol> <p>หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรอบการประเมินผลการดำเนินงาน ๔ กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย</p>		
	<b>การบริหารการเงินการคลัง</b>	<b>เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน</b>	<b>หน่วยสนับสนุน</b>
	๑. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC )	แนวทางการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ.๒๕๔๔ ข้อ ๖	กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
	๒. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC)	๑.โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชีอิเล็กทรอนิกส์ ๒.คู่มือการตรวจสอบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ๓.เกณฑ์การตรวจสอบรายงานการเงินเบื้องต้น	กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
	๓. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM)	๑. แผนทางการเงิน Planfin ๒. ดัชนีวิเคราะห์ทางการเงิน (๗ ระดับ) ๓. ค่ากลางตามกลุ่มโรงพยาบาล ๔. ข้อมูลประมาณการความ พอเพียง	กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
	๔. การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ (Unit Cost : UC)	๑. โปรแกรมมาตรฐานการจัดทำต้นทุนบริการ แบบ Modified Full Cost ๒. การคำนวณต้นทุนแบบ Quick Method)	กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**กำหนดน้ำหนักคะแนนแต่ละกิจกรรมดังนี้**

๑. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control :IC) น้ำหนักร้อยละ ๒๐
๒. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit: AC) น้ำหนักร้อยละ ๒๐
๓. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management: FM) น้ำหนักร้อยละ ๓๐
๔. การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ (Unit Cost : UC) น้ำหนักร้อยละ ๓๐

**รายละเอียดการดำเนินงานแต่ละองค์ประกอบ**

องค์ประกอบ การประเมิน	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
การควบคุม ภายใน(Internal Control: IC) (๙ กระบวนการ) (๙ กระบวนการ)	ติดตาม ประเมินผล ระบบการ ควบคุม ภายใน รอบ ๑๒ เดือน ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ ปีที่ผ่านมา	ผลสำเร็จมี หลักฐานเชิง ประจักษ์ สามารถระบุ คุณภาพ ประสิทธิภาพ ของ กระบวนการ ปฏิบัติงานได้ ชัดเจน (ปย.๒/ปอ.๓)	มีการกำหนด วิธีการ ปรับปรุงการ ควบคุมให้ สอดคล้องกับ ความเสี่ยง และ วัตถุประสงค์ที่ กำหนด	จัดทำรายงาน ประเมินผล ระบบการ ควบคุมภายใน (ปย.๒/ปอ.๓) รอบ ๖ เดือน (๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙)	จัดส่งรายงาน ให้ กลุ่มตรวจสอบ ภายใน สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ภายในวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๙
การพัฒนา คุณภาพบัญชี (Accounting Audit: AC)	มีทีมหรือ คณะทำงาน พัฒนาระบบ บัญชีและ มีการ ประชุม อย่างน้อย ทุกไตรมาส	มีการกำหนด ปัญหาหรือ ประเด็นที่ต้อง ปรับปรุงซึ่ง ส่งผลต่อ คุณภาพบัญชี เสนอต่อ ผู้บริหาร (ผอ. รพ.)	มีรายงานทาง การเงิน ตัวชี้วัด ทางการเงิน และ การวิเคราะห์ สถานะ การเงินของ รพ. เสนอต่อ ผู้บริหาร (ผอ. รพ.) ทุกไตรมาส	มีรายงาน การเงิน ของ ลูกข่าย (รพ. สต.) ตามผัง บัญชี รพ.สต. ๒๕๕๙ ครบ ทุกแห่ง	ผลงานหรือ หลักฐานเชิง ประจักษ์ถึง ความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับ (คุณภาพบัญชี ทาง อิเล็กทรอนิกส์ หน่วยบริการ แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ ๑๐๐ %)

	<p>การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM)</p>	<p>มีสถานะทำงานบริหารการเงินการคลังและมีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินอย่างน้อยทุกไตรมาส</p>	<p>มีการกำหนดปัญหาหรือประเด็นที่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อด้านการเงินการคลังในพื้นที่</p>	<p>มีกระบวนการแก้ปัญหา/เสนอแผน/มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายหรือประเด็นที่เป็นปัญหาพร้อมทั้งนำเครื่องมือมาใช้ในการบริหารประสิทธิภาพ</p> <p>๑. Planfin ๒. ดัชนี ๗ ระดับ ๓. ค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล ๔. ข้อมูลประมาณการความพอเพียง</p>	<p>มีการแก้ปัญหาและติดตามแผนบริหารทางการเงินอย่างต่อเนื่องในทุกไตรมาส</p>	<p>มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จ-ไม่มีความเสี่ยงทางการเงินระดับ ๗ ตามเกณฑ์การประเมินวิฤติของกระทรวง</p>
	<p>การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ (Unit Cost)</p>	<p>มีนโยบายจากผู้บริหาร (ผอ.รพ.) ในการจัดทำต้นทุนบริการ Unit Cost ประจำปี ๒๕๕๘</p>	<p>มีแผนการที่จะพัฒนาการจัดทำต้นทุนไว้ในแผนการดำเนินงานประจำปีของโรงพยาบาล</p>	<p>มีการแต่งตั้งคณะทำงานร่วม (จากแผนกหรือฝ่ายที่เกี่ยวข้อง) ร่วมรับผิดชอบในการจัดทำต้นทุนบริการ Unit Cost ปี ๒๕๕๘</p>	<p>มีการคิดต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ปี ๒๕๕๘ ได้เป็นผลสำเร็จ</p>	<p>มีการนำเสนอต้นทุนบริการ ๒๕๕๘ ต่อผู้บริหาร (ผอ.รพ.)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซต์เว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ ( <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a> )					
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ					

รายการข้อมูล ๑	A = ผลรวมของ ( (คะแนนกิจกรรม ICx๒๐)+(คะแนนกิจกรรม ACx๒๐)+ (คะแนนกิจกรรม FMx๓๐)+ (คะแนนกิจกรรม UCx๓๐) )/๕				
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนหน่วยบริการที่ส่งข้อมูล				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI	ร้อยละ	๙๑.๒๒	๙๐.๗๖	๙๐.๙๘
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากรายงานผลการประเมินระดับความสำเร็จการบริหารการเงินการคลัง FAI ทางเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ ( <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a> )				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ข้อมูลทางเว็บไซต์ ( <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a> )				
ผู้บันทึกข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ ๑.นายแพทย์เกษม ตั้งเกษมสำราญ ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ ๒.นางอมรรัตน์ พิระพล นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ				
หน่วยงานประเมินผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑. นางอมรรัตน์ พิระพล นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ ๒. นางสาวสายสุณี เนตร์พริ้ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ ๓. นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ ๔. นางสาวพรเพ็ญ ทองนุ่น นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ ๕. นายพนต์ แจ่มศรี นักวิชาการเงินและบัญชี ๖. นางสาวสุพรรณษา พวงสิงห์ นักวิชาการเงินและบัญชี ๗. นางสาววชิราภรณ์ แรมกระโทก เจ้าหน้าที่ดูแลข้อมูล				
หน่วยงานที่นำเข้าข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				



Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการแพทย์
PA	๕. บริหารจัดการ HR, Finance, พัสดุ โปร่งใส
ตัวชี้วัด (lead)	๒๓. สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย
คำนิยาม	<p>๑. หน่วยบริการในพื้นที่ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>๒. ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) รวมทุกสิทธิ (total cost) ต่อหน่วยน้ำหนัก โดยผู้ป่วยนอกหน่วยที่ใช้เป็นจำนวนครั้ง (Visits) ผู้ป่วยในหน่วยที่ใช้เป็นน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วรวม (Sum Adjust RW) ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) ใช้วิธีหาสัดส่วนค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนของการให้บริการของผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) ( Cost to charge) จากราคาเรียกเก็บ (ราคา charge) หรือ งบทดลองหมวดรายได้ (จากข้อมูลจากบัญชีเกณฑ์คงค้าง)</p> <p>ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอก (OPD) คำนวณจากต้นทุนผู้ป่วยนอก(OPD) หารด้วยจำนวนครั้ง (VISIT)</p> <p>ต้นทุนผู้ป่วยใน (IPD) คำนวณจากต้นทุนผู้ป่วยใน (IPD) หารด้วย Sum Adjust RW</p> <p>๓. เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ พิจารณาจาก ค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ โดยกำหนดให้ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต้องไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ย (mean +๑SD ) หากค่าใดค่าหนึ่งเกินเกณฑ์เฉลี่ย จะถือว่ามีปัญหาประสิทธิภาพ</p> <p>๔. กลุ่มระดับบริการ หมายถึง กลุ่มของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์การจำแนกกลุ่มระดับบริการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ <a href="http://www.higthai.org">www.higthai.org</a> และ <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a></p> <p>๕. ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ เป็นการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ เพื่อให้ต้นทุนลดลงอย่างเหมาะสมจนต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน ใน ๒ องค์กรประกอบได้แก่</p> <p>๑) การจัดการระบบบริการเพื่อให้มีต้นทุนบริการลดลง เช่นการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อลดการลงทุน, การส่งต่อเฉพาะภายในเครือข่าย สป. ฯลฯ</p> <p>๒) การควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในหมวดต่างๆ ได้แก่ ค่าแรง (Labor cost: LC) ค่าวัสดุ (Material cost: MC) งบลงทุน (Capital cost: CC) ค่าใช้จ่ายดำเนินการ (Operating cost : OC )</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ ๑๗
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จัดเก็บจากรายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการ ๒. จัดเก็บจากข้อมูลที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ ( <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a> )				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกัน				
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนโรงพยาบาลในเขตที่มีต้นทุนเกิน mean +๑SD ของกลุ่มระดับบริการ				
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ส่งข้อมูล				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B * ๑๐๐)$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	สถานบริการเกิน เกณฑ์เฉลี่ยต้นทุน ต่อหน่วย	ร้อยละ	-	๑๑.๕๘	๒๒.๖๑
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	<b>รอบ ๓ เดือน</b>	<b>รอบ ๖ เดือน</b>	<b>รอบ ๙ เดือน</b>	<b>รอบ ๑๒ เดือน</b>	
	หน่วยบริการในพื้นที่มี ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับ บริการเดียวกัน (เกินเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ ๒๖)	หน่วยบริการในพื้นที่มี ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับ บริการเดียวกัน (เกิน เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๒๓)	หน่วยบริการในพื้นที่มี ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับ บริการเดียวกัน (เกินเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ ๒๐)	หน่วยบริการในพื้นที่มี ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับ บริการเดียวกัน (เกินเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๗)	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากรายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและข้อมูลที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ ( <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a> )				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	รายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและข้อมูลที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ ( <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a> )				
ผู้บันทึกข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ ๑. นายแพทย์เกษม ตั้งเกษมสำราญ ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ ๒. นางอมรรัตน์ พิระพล นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ				

<p>หน่วยงานประเมินผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>๑. นางอมรรัตน์ พิระพล ๒. นางสาวสายสุณี เนตร์พริ้ง ๓. นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ ๔. นางสาวพรเพ็ญ ทองนุ่น ๕. นายพนนต์ แจ่มศรี ๖. นางสาวสุพรรณษา พวงสิงห์ ๗. นางสาววชิราภรณ์ แรมกระโทก</p>	<p>นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการเงินและบัญชี เจ้าหน้าที่ดูแลข้อมูล</p>
<p>หน่วยงานที่นำเข้าข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒๕๙๐๑๗๙๗, ๐ ๒๕๙๐๑๕๗๕, ๐ ๒๕๙๐๒๔๑๖ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐๑๕๖๘ E-mail : higmoph@gmail.com</p>	

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านบริหาร
PA	๕. บริหารจัดการ HR, Finance, พัสดุ โปร่งใส
ตัวชี้วัด(lag)	๒๔. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA)
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission: ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. แล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ และสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมินดังกล่าวได้จำแนกองค์ประกอบหลัก ๕ องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงานไป</p> <p>องค์ประกอบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity &amp; Transparency) แบ่งเป็น ๕ องค์ประกอบ ดังนี้</p> <p><b>๑. ความโปร่งใส (Transparency)</b> ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</p> <p><b>๒. ความพร้อมรับผิด (Accountability)</b> ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ</p> <p><b>๓. คุณธรรมการให้บริการของหน่วยงาน หรือปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กร(Integrity in Service Delivery)</b> ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ</p> <p><b>๔. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture)</b> ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</p> <p><b>๕. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)</b> ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน</p> <p>กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลข้อ ๑๐ การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายของปลัดกระทรวงสาธารณสุขมุ่งกลยุทธ์การดำเนินงานโดยใช้ หลักธรรมาภิบาลเป็นหลักในการขับเคลื่อนงาน จึงกำหนดให้หน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) โดยเฉพาะประเมินตนเอง</p>

	<p>(Self Assessment) สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment: EBIT) เพื่อการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้</p> <p>หากผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ ๗๕ จะส่งผลต่อค่าดัชนีวัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (CPI) ของประเทศไทยให้ดีขึ้น</p>																				
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>	<p>ร้อยละ ๗๕</p> <p><b>ส่วนที่ ๑</b> จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity &amp; Transparency Assessment) ในไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคม ๒๕๕๙) ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายน ๒๕๕๙)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน:</p> <p>ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="557 875 1353 974"> <thead> <tr> <th>ระดับ ๑</th> <th>ระดับ ๒</th> <th>ระดับ ๓</th> <th>ระดับ ๔</th> <th>ระดับ ๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๖๕</td> <td>๗๐</td> <td>๗๕</td> <td>๘๐</td> <td>๘๕</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>ส่วนที่ ๒</b> เตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ช. (ประมาณเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม ๒๕๕๙)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ (Integrity &amp; Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. จำนวน ๓ เครื่องมือ แบ่งเป็น ๕ ระดับ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="470 1279 1394 1767"> <tbody> <tr> <td>๘๐ – ๑๐๐ คะแนน</td> <td>มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานสูงมาก</td> </tr> <tr> <td>๖๐ – ๗๙.๙๙ คะแนน</td> <td>มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานสูง</td> </tr> <tr> <td>๔๐ – ๕๙.๙๙ คะแนน</td> <td>มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานปานกลาง</td> </tr> <tr> <td>๒๐ – ๓๙.๙๙ คะแนน</td> <td>มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานต่ำ</td> </tr> <tr> <td>๐ – ๑๙.๙๙ คะแนน</td> <td>มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานต่ำมาก</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๘๐ – ๑๐๐ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานสูงมาก	๖๐ – ๗๙.๙๙ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานสูง	๔๐ – ๕๙.๙๙ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานปานกลาง	๒๐ – ๓๙.๙๙ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานต่ำ	๐ – ๑๙.๙๙ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานต่ำมาก
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕																	
๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕																	
๘๐ – ๑๐๐ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานสูงมาก																				
๖๐ – ๗๙.๙๙ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานสูง																				
๔๐ – ๕๙.๙๙ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานปานกลาง																				
๒๐ – ๓๙.๙๙ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานต่ำ																				
๐ – ๑๙.๙๙ คะแนน	มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานต่ำมาก																				

	<p><b>เงื่อนไข :</b></p> <p>๑) หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบสำรวจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity &amp; Transparency Assessment) ในไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคม ๒๕๕๙) ไตรมาสที่ ๓ (เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายน ๒๕๕๙) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้</p> <p>๒) หน่วยงานเตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ช. (ประมาณเดือน เมษายน ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๕๙) ดังนี้</p> <p>๒.๑) การประเมิน Internal Integrity &amp; Transparency Assessment</p> <p>๒.๒) การประเมิน External Integrity &amp; Transparency Assessment</p> <p>๒.๓) หน่วยงานส่งเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity &amp; Transparency Assessment) ส่งให้สำนักงาน ป.ป.ช. ประมาณเดือนตุลาคม ๒๕๕๙</p>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>จำนวน ๘๕ หน่วยงาน ดังนี้</p> <p>๑) หน่วยงานระดับกรม จำนวน ๙ กรม</p> <p>๒) หน่วยงานระดับจังหวัด จำนวน ๗๖ จังหวัด</p>
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p><b>ส่วนที่ ๑</b></p> <p>หน่วยงานจำนวน ๘๕ หน่วยงาน จัดเก็บข้อมูลประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมิน Evidence Base Integrity &amp; Transparency Assessment ในไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคม ๒๕๕๙) ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายน ๒๕๕๙)</p> <p><b>ส่วนที่ ๒</b></p> <p>เตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ช. (ประมาณเดือนเมษายน ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๕๙) ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. ประกอบด้วยเครื่องมือ ๓ เครื่องมือ ดังนี้</p> <p>๑) การประเมิน Internal Integrity &amp; Transparency Assessment : IIT เป็นการประเมินบุคลากรภายในหน่วยงาน</p> <p>๑.๑) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลบุคลากรภายในหน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน ประกอบด้วย ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ หรือลูกจ้าง ที่มีอายุการทำงานตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป จำนวน ๓๐๐ รายชื่อ (กรณีหน่วยงานมีบุคลากรน้อยกว่า ๓๐๐ คน ให้จัดส่งรายชื่อทั้งหมด) ให้ครอบคลุมทุกระดับตามสายการบังคับบัญชา ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล สังกัด ตำแหน่ง ระดับ ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน/มือถือ) และ E-mail</p>

	<p>๑.๒) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง Self-Administered Questionnaire Survey) การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face-to-Face interview) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การสำรวจทางไปรษณีย์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>๒) การประเมิน External Integrity &amp; Transparency Assessment : EIT เป็นการประเมินผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙</p> <p>๒.๑) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานจำนวน ๓๐๐ รายชื่อ (กรณีหน่วยงานมีผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียน้อยกว่า ๓๐๐ คน ให้จัดส่งรายชื่อทั้งหมด)โดยระบุประเภทของการมีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติราชการตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุลผู้มารับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประเภท/เรื่องในการติดต่อกับหน่วยงาน สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง ระดับ ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน/มือถือ) และ E-mail</p> <p>๒.๒) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire Survey) การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face-to-Face interview) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การสำรวจทางไปรษณีย์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>๓) การประเมิน Evidence Based Integrity &amp; Transparency Assessment : EBIT เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์</p> <p>๓.๑) ประชากรเป้าหมาย</p> <p>หน่วยงานภาครัฐที่เข้ารับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ใช้แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Based Integrity &amp; Transparency Assessment : EBIT จำนวน ๑ ชุดต่อ ๑ หน่วยงาน โดยหน่วยงานภาครัฐที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p> <p>๓.๒) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>หน่วยงานดำเนินการรวบรวมแบบสำรวจที่ได้ตอบคำถามตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Based Integrity &amp; Transparency Assessment : EBIT รวมถึงเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p>
แหล่งข้อมูล	<p>๑) แบบประเมิน Internal Integrity &amp; Transparency Assessment : IIT</p> <p>๒) แบบประเมิน External Integrity &amp; Transparency Assessment : EIT</p> <p>๓) แบบประเมิน Evidence Based Integrity &amp; Transparency Assessment : EBIT</p>

รายการข้อมูล ๑	ดำเนินการในส่วนที่ ๑				
	ส่วนที่ ๑				
	A๑ = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment มากกว่าร้อยละ ๗๕				
รายการข้อมูล ๒	B๑ = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ส่วนที่ ๑ = $(A๑/B๑) \times ๑๐๐$				
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ส่วนที่ ๑ ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส</p> <p>ตรวจสอบได้ตามแบบประเมิน Evidence Based Integrity &amp; Transparency Assessment ประเมินตนเองในไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคม ๒๕๕๙)</p> <p>ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙) และ</p> <p>ไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายน ๒๕๕๙)</p> <p>ส่วนที่ ๒ เตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ช. (ประมาณเดือนเมษายน ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๕๙)</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT)	ร้อยละ	-	-	๙๘.๘๒
หมายเหตุหน่วยงานประเมินตนเองตามแบบสำรวจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity & Transparency Assessment) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้					



เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment ในไตรมาสที่ ๒ เดือนมีนาคม ๒๕๕๙	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment ในไตรมาสที่ ๓ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment ในไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายน ๒๕๕๙)
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	หน่วยงานจำนวน ๘๕ หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมิน Evidence Based Integrity & Transparency Assessment ประเมินตนเองในไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคม ๒๕๕๙) ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายน ๒๕๕๙)		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. จำนวน ๓ เครื่องมือประกอบด้วย ๑) แบบประเมิน Internal Integrity & Transparency Assessment : IIT ๒) แบบประเมิน External Integrity & Transparency Assessment : EIT ๓) แบบประเมิน Evidence Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT		
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๓๓๐ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐ ๘๑ ๙๓๑ ๕๓๘๘ E Mail : pankung๐๘@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข (ศปท.)		
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข (ศปท.)		
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๓๓๐ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐ ๘๑ ๙๓๑ ๕๓๘๘ E Mail : pankung๐๘@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านบริหาร																	
PA	๕. บริหารจัดการ HR, Finance, พัสดุ โปร่งใส																	
ตัวชี้วัด(lag)	๒๕. ทุกเขตและจังหวัดมีมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ฯ																	
คำนิยาม	การจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ฯ หมายถึง การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขตของยาและเวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗ เวชภัณฑ์ฯ หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุเภสัช วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์																	
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๒๐																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน แยกประเภทจัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม เป็นรายเขต และรายจังหวัด																	
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน																	
รายการข้อมูล ๑	A = มูลค่าการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																	
รายการข้อมูล ๒	B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																	
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๕๖</th> <th>๒๕๕๗</th> <th>๒๕๕๘</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มูลค่าการจัดซื้อร่วมเทียบกับมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ฯ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>๒๐.๔๔</td> <td>๒๐.๙๘</td> </tr> </tbody> </table>					ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	มูลค่าการจัดซื้อร่วมเทียบกับมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ฯ	ร้อยละ	-	๒๐.๔๔	๒๐.๙๘
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘														
มูลค่าการจัดซื้อร่วมเทียบกับมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ฯ	ร้อยละ	-	๒๐.๔๔	๒๐.๙๘														
เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส																		
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน															
(ระบุ) ร้อยละ ... (ที่ดำเนินการได้)	(ระบุ) ร้อยละ ... (ที่ดำเนินการได้)	(ระบุ) ร้อยละ ... (ที่ดำเนินการได้)	มากกว่า ร้อยละ ๒๐															
วิธีการประเมินผล :	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕													
	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. ญญ.ภัทรอนงค์ จองศิริเลิศ โทรศัพท: ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๒๘ ๒. ญญ.ไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท: ๐ ๒๕๙๐๑๖๔๑ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																	

<p>หน่วยงานประเมินผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. ญ.ภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ โทรศัพท:๐ ๒๕๙๐ ๑๖๒๘  ๒. ญ.ไพฑิพย เทลียงเรืองรอง โทรศัพท:๐ ๒๕๙๐ ๑๖๔๑  สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการสาธารณสุข
PA	๖. ระบบส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบดูแลภาวะฉุกเฉิน PHEM
ตัวชี้วัด (Lead)	๒๖. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดระดับดีขึ้น
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ หมายถึง จังหวัดได้มีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน ๕ เรื่อง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</li> <li>2. มีกลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.)</li> <li>3. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</li> <li>4. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย</li> <li>5. มีการส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน</li> </ol> <p>โดยมีคำนิยามในแต่ละประเด็นย่อย ดังนี้</p> <p><b>๑. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพโดยที่</b></p> <p><b>ระบบฐานข้อมูล</b> หมายถึงระบบการจัดเก็บข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้มีข้อมูลทั้งระดับส่วนกลาง เขตสุขภาพและจังหวัดที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงาน โดยข้อมูลครอบคลุมในประเด็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน (เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล สุขภาพอาหารและน้ำ มาตรการทางกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ) และข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ใน ๓ กลุ่มหลัก คือ ๑) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสารเคมีและสารอันตราย ๒) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ๓) พื้นที่ที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ และหนึ่งประเด็น คือ ประเด็นงานตามนโยบายรัฐบาล (เช่น พื้นที่ท่องเที่ยว ฯลฯ)</p> <p><b>สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</b> หมายถึง การรวบรวมข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เกิดขึ้นในรอบปี เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี รวมทั้งประเด็นสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ที่มีความสำคัญและเป็นที่สนใจของประชาชน รวมทั้งการคาดการณ์แนวโน้ม สถานการณ์ในอนาคต พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน</p> <p><b>ระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</b> หมายถึง การมีข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมตามประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และนำมาวิเคราะห์ เผยแพร่ รวมทั้งนำผลไปใช้ในการแก้ไขปัญหา(เช่น ผ่านกลไก อสจ. การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย การประเมินความเสี่ยง การสื่อสารเตือนภัยให้กับประชาชนในพื้นที่ และการพัฒนางานวิจัย ฯลฯ)</p> <p><b>๒. มีกลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.)</b></p> <p><b>คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</b> หมายถึง คณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากคณะกรรมการสาธารณสุข โดยใช้อำนาจตามมาตรา ๑๖ แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ มีดำเนินการ นำประเด็นงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เป็นประเด็นนโยบาย</p>

และปัญหาในพื้นที่เสนอเพื่อพิจารณาให้ที่ประชุมมีมติในการจัดการแก้ไขปัญหาและรายงานผล โดยควรจัดประชุมไม่น้อยกว่า ๒ ครั้งต่อปี

**๓. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน**

การพัฒนาระบบคุณภาพบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Accreditation : EHA) คือ การรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งหมายถึง ระบบการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้มาตรฐานงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไข พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งเสริมและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล) มีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์รับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่กรมอนามัยกำหนด อย่างน้อย ๒ ด้าน (ด้านที่ ๑ - ๔ คือ ๑) ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหาร ๒) ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ๓) ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล ๔) ด้านการจัดการมูลฝอย)

**๔. จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย** หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ให้ถูกต้องตามกฎหมาย ประกอบด้วย

- ๔.๑ มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข (ตามพ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕) ที่เป็นปัจจุบัน
- ๔.๒ จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสธจ.
- ๔.๓ มีแผนและรายงานผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๔.๔ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย

**๕. มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน** หมายถึง กิจกรรมการดำเนินงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนให้พื้นที่สามารถจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ในระดับดีขึ้นไป โดยมีมาตรฐานการผ่านเกณฑ์ในระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก

**เกณฑ์การประเมินผลภาพรวม**

วัดผลการดำเนินงานในภาพรวม ทั้ง ๕ ประเด็น (ประเด็นละ ๑๐๐ คะแนน รวมคะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน) โดยแบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับพื้นฐาน	ได้คะแนน	๒๕๐ - ๒๙๙	คะแนน
ระดับดี	ได้คะแนน	๓๐๐ - ๓๔๙	คะแนน
ระดับดีมาก	ได้คะแนน	๓๕๐ - ๓๙๙	คะแนน
ระดับดีเด่น	ได้คะแนน	๔๐๐	คะแนน ขึ้นไป

เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๗๖ จังหวัด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ ประเมินจังหวัดในการมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนดระดับดีขึ้นไป			
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด(๗๖ จังหวัด)			
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ ๖ และ ๑๒ เดือน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			๒๕๕๖	๒๕๕๗
	จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	-	-
เกณฑ์การประเมิน : ประเมินผล ๒ ครั้ง รอบ ๖ และ ๑๒ เดือน				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	จังหวัดมีข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่สำคัญและมีการผลักดันสู่กระบวนการโดยกลไก อสจ.	จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ครอบคลุม ๕ ประเด็น ได้แก่ (๑) ฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (๒) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (๓) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) (๔) การขับเคลื่อนงานโดยมีกลไกคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) (๕) การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๕๐	
วิธีการประเมินผล :		ประเมินจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนดระดับดีขึ้นไป ตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด		

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. แนวทางการจัดทำสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</li> <li>๒. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</li> <li>๓. คู่มือการปฏิบัติงานคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัดตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</li> <li>๔. แนวทางการปฏิบัติตามมติคณะกรรมการสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๓๕ -๒๕๕๔)</li> <li>๕. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม</li> <li>๖. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>๗. คู่มือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมโดยโรงพยาบาล</li> <li>๘. คู่มือแนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</li> </ol>		
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นายสมชาย ตู่แก้ว โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๘๓</li> <li>๒. นางสาวอำพร บุตรรังษี กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๔๙</li> <li>๓. นางพิมพ์พรณ จันทร์แก้ว สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๒๘</li> <li>๔. นางปรียานุช บุรณะภักดี สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๖๑</li> <li>๕. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๗๗</li> <li>๖. นางสุทธิดา อุทะพันธ์ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ</li> </ol> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>ผู้อำนวยการศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๙๓</p> </td> </tr> </table>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นายสมชาย ตู่แก้ว โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๘๓</li> <li>๒. นางสาวอำพร บุตรรังษี กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๔๙</li> <li>๓. นางพิมพ์พรณ จันทร์แก้ว สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๒๘</li> <li>๔. นางปรียานุช บุรณะภักดี สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๖๑</li> <li>๕. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๗๗</li> <li>๖. นางสุทธิดา อุทะพันธ์ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ</li> </ol>	<p>ผู้อำนวยการศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๙๓</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นายสมชาย ตู่แก้ว โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๘๓</li> <li>๒. นางสาวอำพร บุตรรังษี กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๔๙</li> <li>๓. นางพิมพ์พรณ จันทร์แก้ว สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๒๘</li> <li>๔. นางปรียานุช บุรณะภักดี สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๖๑</li> <li>๕. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๗๗</li> <li>๖. นางสุทธิดา อุทะพันธ์ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ</li> </ol>	<p>ผู้อำนวยการศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๙๓</p>		
<p>ผู้บันทึกข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นางสาวเบญจวรรณ ธวัชสุภา กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๕๙</li> <li>๒. นางมะลิลา ตันติยุทธ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๓๗</li> <li>๓. นางสาวจุริรา ไชยดั่ง สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๑๖</li> <li>๔. นางลลนา ทองแท้ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๘๐</li> <li>๕. นายจักรี ศรีแสง สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ</li> </ol> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๕๖</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๘๑๘๐</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๑๖</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๘๖</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๙๓</p> </td> </tr> </table>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นางสาวเบญจวรรณ ธวัชสุภา กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๕๙</li> <li>๒. นางมะลิลา ตันติยุทธ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๓๗</li> <li>๓. นางสาวจุริรา ไชยดั่ง สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๑๖</li> <li>๔. นางลลนา ทองแท้ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๘๐</li> <li>๕. นายจักรี ศรีแสง สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ</li> </ol>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๕๖</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๘๑๘๐</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๑๖</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๘๖</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๙๓</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นางสาวเบญจวรรณ ธวัชสุภา กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๕๙</li> <li>๒. นางมะลิลา ตันติยุทธ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๓๗</li> <li>๓. นางสาวจุริรา ไชยดั่ง สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๑๖</li> <li>๔. นางลลนา ทองแท้ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๘๐</li> <li>๕. นายจักรี ศรีแสง สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ</li> </ol>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๕๖</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๘๑๘๐</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๑๖</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กรมอนามัย โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๘๖</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๙๓</p>		

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</p>	<p>๑. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย</p> <p>๒. ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย</p> <p>๓. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p> <p>๔. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</p> <p>๕. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. นางฉวีรณัฐ อภาจารี นัควิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๑๖ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๑๖</p> <p>๒. นางเพ็ญผกา วงศ์กระพันธุ์ นัควิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๐๒ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๕๖</p>



Custer	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ															
PA	๖. ระบบส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบดูแลภาวะฉุกเฉิน PHEM															
ตัวชี้วัด (lag)	๒๗. ระดับความสำเร็จของการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ระดับเขต															
คำนิยาม	<p>งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินงานควบคุมกำกับ ดูแลหรือเฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือการบริการสุขภาพ รวมถึง การเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์หรือสถานบริการสุขภาพ</p> <p>ระดับความสำเร็จของการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ระดับเขต แบ่งออกเป็น ๕ ขั้นตอน</p> <p>ระดับที่ ๑: จัดทำแผนยุทธศาสตร์งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตระยะ ๓ ปี</p> <p>ระดับที่ ๒: การนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ในข้อ ๑ ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม</p> <p>ระดับที่ ๓: มีกลไกการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ เช่น แต่งตั้งคณะทำงานฯ มีการนำเสนอแผนการดำเนินงาน</p> <p>ระดับที่ ๔: มีระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>ระดับที่ ๕: ทบทวนและสรุปบทเรียน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานคุ้มครองฯ ในปีต่อไป</p>															
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ ๕															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ระดับเขต															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตติดตามประเมินผลงานภายในเขตสุขภาพ															
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, รวบรวมผลการดำเนินงานเป็นภาพรวมของเขตสุขภาพ															
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก ๓ เดือน															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๕๖</th> <th>๒๕๕๗</th> <th>๒๕๕๘</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จของการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ระดับเขต</td> <td>ระดับ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ระดับ ๕</td> </tr> </tbody> </table>			ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	ระดับความสำเร็จของการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ระดับเขต	ระดับ	-	-	ระดับ ๕
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘												
ระดับความสำเร็จของการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ระดับเขต	ระดับ	-	-	ระดับ ๕												



Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการสาธารณสุข					
PA	๖. ระบบส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบดูแลภาวะฉุกเฉิน PHEM					
ตัวชี้วัด(lag)	๒๘. ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ได้					
คำนิยาม	<p>๑. ควบคุมโรคได้ หมายถึง ร้อยละ ๗๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ สามารถควบคุมโรคได้ภายใน ๒ รุ่น (๒ เท่าของระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของโรค) ของการระบาดนับจากวันที่พบผู้ป่วยรายแรกของแต่ละเหตุการณ์ (ผู้ป่วยที่พบห่างกันเกิน ๔ สัปดาห์ขึ้นไปให้ถือเป็นเหตุการณ์ใหม่)</p> <p>๒. โรคติดต่อสำคัญ หมายถึง โรคประจำถิ่นของประเทศไทย และมักพบการระบาดของโรคทุกปี ได้แก่ โรคไข้เลือดออก (๒ รุ่นเท่ากับ ๒๘ วัน)</p> <p>๓. อำเภอ ได้แก่ ทุกอำเภอใน ๗๖ จังหวัด จำนวน ๘๗๘ อำเภอ และทุกเขตในกรุงเทพมหานคร จำนวน ๕๐ เขต</p> <p>หมายเหตุ หากไม่มีการเกิดโรคในอำเภอตลอดทั้งปีให้ถือว่าควบคุมโรคได้</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๕๐					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละอำเภอ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลรายงาน ๕๐๖ สำนักระบาดวิทยา					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลรายงาน ๕๐๖					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนอำเภอที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ตามนิยาม					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	
	อำเภอที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ	-	-	๔๗	
เกณฑ์การประเมิน :						
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน		รอบ ๙ เดือน		
-		-		-		
				ร้อยละ ๕๐		
วิธีการประเมินผล	เกณฑ์การให้คะแนน					
	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
เอกสารสนับสนุน						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. พญ.ดารินทร์ อารีโยชัย</p> <p>๒. นางสาวนิภาพรรณ สฤกษ์คือภักษ์</p> <p>สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค</p>					

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ส่วนกลาง)</p>	<p>ศูนย์สารสนเทศทางระบาดวิทยาและการพยากรณ์โรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๓. พญ.ดารินทร์ อารีโยคชัย ๔. นางสาวนิภาพรรณ สฤกษ์ดีอภิรักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๒๕ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๒๕ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการสาธารณสุข
PA	๖.ระบบส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบดูแลภาวะฉุกเฉิน PHEM
ตัวชี้วัด (lead)	๒๙. มีแผนรองรับภัยพิบัติ
คำนิยาม	<p>แผนรองรับภัยพิบัติ หมายถึง แผนแม่บทและแผนแสดงขั้นตอนปฏิบัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด จัดทำขึ้นภายใต้กรอบนโยบายเตรียมความพร้อมแห่งชาติ นโยบายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย แผนการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ (Disaster Risk Reduction) และแผนประคองกิจการภายในองค์กร (Business Continuity Plan) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งหมายถึงส่วนราชการ และหน่วยงานในระดับกรมสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง และภูมิภาคมีการดำเนินงานตามกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>(๑) กลไก หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบบริหารจัดการฯ มีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ โดยครอบคลุมองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข Public Health Emergency Operation Center- PHEOC) ให้สามารถใช้เป็นศูนย์บัญชาการเหตุการณ์โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- หน่วยงานมีระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน (Incident Command System-ICS) โดยมีการกำหนดให้มีผู้บัญชาการเหตุการณ์(Incident Commander-IC) มีโครงสร้างบุคลากรปฏิบัติงานตามกลุ่มต่าง ๆ ใน PHEOC ได้แก่ กลุ่มงานปฏิบัติการ (Operation Section) กลุ่มงานแผนงาน(Planning Section) กลุ่มงานสนับสนุน (Logistics Section)กลุ่มบริหารงานและงบประมาณ (Finance /Admin Section) เป็นต้น โดยให้สามารถปฏิบัติการ และประสานติดต่อกับ PHEOC กระทรวงสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ</li> <li>- ด้านระบบสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน PHEOC มีเครื่องมือ อุปกรณ์การสื่อสาร และ Web EOC หรือระบบปฏิบัติการข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมต่อในระดับเขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- หน่วยงานมีแผนปฏิบัติการ (Action Plan) แผนปฏิบัติการฉุกเฉิน (Incident Action Plan) แผนประคองกิจการ(BCP) และขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการเตรียมความพร้อมและการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน และสาธารณสุข</li> </ul> <p>(๒) ขั้นตอนการบริหารจัดการ หมายถึง หน่วยงานมีการดำเนินการจัดทำการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment) ของพื้นที่ให้ครอบคลุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา และ/หรือสาธารณสุข เพื่อให้สามารถจัดทำแผน และการซ้อมแผนเพื่อการตอบโต้สถานการณ์ในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้ทันทั่วทั้งที่</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน ๘๕ หน่วยงาน ดังนี้ ๑) หน่วยงานระดับกรม จำนวน ๙ กรม ๒) หน่วยงานระดับจังหวัด จำนวน ๗๖ จังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- หน่วยงานจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด รอบ ๖ และ ๑๒ เดือน พร้อมแนบไฟล์แผนรองรับภัยพิบัติของหน่วยงาน มายังกลุ่มงานแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน เพื่อประมวลข้อมูลในระบบการกำกับติดตามตัวชี้วัดการรับรองปฏิบัติราชการของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
แหล่งข้อมูล	ระบบการกำกับติดตามของสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูลที่ ๑	A๑ = จำนวนหน่วยงานที่มีแผนรองรับภัยพิบัติตามเกณฑ์				
รายการข้อมูลที่ ๒	B๑ = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A๑/B๑) \times ๑๐๐$				
ระยะเวลาประเมิน	รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ระดับความสำเร็จของการมีกลไก และขั้นตอนการบริหารจัดการสาธารณสุขภัยให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข	ร้อยละ	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส					
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน		รอบ ๙ เดือน	
๑. จัดทำโครงสร้างบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ EOC ระดับเขต/จังหวัด ๒. จัดทำคู่มือแนวทางเผชิญเหตุเป็นมาตรฐานเดียวกัน		๑. มีระบบเฝ้าระวัง และการให้ข้อมูลที่แม่นยำทันเวลา		๑. มีการฝึกซ้อมสถานการณ์เหมือนจริง	
				๑. มีคู่มือ ๒. มีแผนรองรับภัยพิบัติและแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan) ตามความเสี่ยงในแต่ละประเภทภัย	
วิธีการประเมินผล	<p>ขั้นตอนที่ ๑ หน่วยงานมีโครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินตามโครงสร้าง บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)</p> <p>ขั้นตอนที่ ๒ หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและพัฒนาแผนรองรับภัยพิบัติ มีระบบเฝ้าระวังและการเตือนภัยล่วงหน้าในการให้ข้อมูลที่แม่นยำ ทันเวลา</p>				

	<p><b>ขั้นตอนที่ ๓</b> หน่วยงานมีการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (PHEOC) มีการฝึกซ้อมบนโต๊ะ (Table Top Exercise : TTX) และการฝึกซ้อมสถานการณ์เหมือนจริง (Full Scale Exercise : FSE) ระหว่างหน่วยงานในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ</p> <p><b>ขั้นตอนที่ ๔</b> หน่วยงานมีแผนรองรับภัยพิบัติ และแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan) ตามความเสี่ยงในแต่ละประเภทภัย</p>
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<p>(๑) นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘- ๒๕๖๔</p> <p>(๒) แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘</p> <p>(๓) คู่มือการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน(ก.พ.ร.)</p> <p>(๔) แผนแม่บทการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๓ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>(๕) แผนปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๕๙</p>
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>๑. นายแพทย์อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๗๑ E-mail: anurakmd@gmail.com</p> <p>๒. นายสุทัศน์ กองขุนทด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๓๒ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๑๙๗๒ ๑๗๗๑ E -mail : skongkhuntod๒@gmail.com</p>
<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)</b>	สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	<p>นายวสันต์ สุทธิสงวน นักวิชาการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๓๒ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๙ ๘๓๗๕ ๐๘๑๕ E -mail : wasan_๖๒@hotmail.com</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการสาธารณสุข				
PA	๗. มะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ในตับ				
ตัวชี้วัด (lead)	๓๐. ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ				
คำนิยาม	ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ หมายถึง มีการดำเนินงานคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยอุจจาระในประชาชน ๑๕ ปีขึ้นไปโดยต้องผ่านการคัดกรองด้วยวาจาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ในตับ และประชาชนที่ติดเชื่อพยาธิใบไม้ในตับได้รับการรักษาและการติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกคน				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มเป้าหมาย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยมีเป้าหมายการคัดกรอง ๗๖,๐๐๐ ราย ที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ในพื้นที่ ๒๗ จังหวัด ๘๔ อำเภอ ๘๔ ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒๐ จังหวัด ภาคเหนือ ๖ จังหวัด ภาคตะวันออก ๑ จังหวัด รวม ๒๗ จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ มุกดาหาร สกลนคร กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย และ สระแก้ว (อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑, ๖, ๗, ๘, ๙ และ ๑๐)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล Isan-cohort				
แหล่งข้อมูล	จากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ๑, ๖, ๗, ๘, ๙ และ ๑๐				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรอง				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรอง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๓ และ ๔				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ	จำนวน	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน: ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส					
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน	
	-	๙,๐๕๐ ราย (อย่างน้อย ๑๐ ตำบลๆ ละ ๙๐๕ ราย)	๓๐,๓๗๐ ราย (อย่างน้อย ๒๔ ตำบลที่ไม่ซ้ำกับรอบ ๖ เดือน ตำบลละ ๙๐๕ ราย)	๗๖,๐๐๐ ราย (อย่างน้อย ๕๐ ตำบลที่ไม่ซ้ำกับรอบ ๖ และ ๙ เดือน ตำบลละ ๙๐๕ ราย)	
วิธีการประเมินผล					



เอกสารสนับสนุน	<p>๑. โครงการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้ง สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ตลอดจน ในปีพุทธศักราช ๒๕๖๐ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๙๐ พรรษา</p> <p>๒. คู่มือการใช้งาน Isan- cohort</p> <p>๓. แนวทางการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระ</p>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นางอรนาถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนอนพยาธิ โรคในถิ่นทุรกันดาร สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค</p> <p>โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๘๐ , ๐ ๒๕๕๑ ๘๔๓๗</p> <p>E-Mail: oranard.w@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ส่วนกลาง)	<p>นางอรนาถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนอนพยาธิ โรคในถิ่นทุรกันดาร สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค</p> <p>โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๘๐ , ๐ ๒๕๕๑ ๘๔๓๗</p> <p>E-Mail: oranard.w@gmail.com</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>นางอรนาถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนอนพยาธิ โรคในถิ่นทุรกันดาร สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค</p> <p>โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๘๐ , ๐ ๒๕๕๑ ๘๔๓๗</p> <p>E-Mail: oranard.w@gmail.com</p>

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการสาธารณสุข				
PA	๗. มะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ในตับ				
ตัวชี้วัด (lead)	๓๑. ประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี				
คำนิยาม	<p>๑. การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธี Ultrasound เพื่อหามะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรก</p> <p>๒. ประชากรกลุ่มเสี่ยง คือ ประชาชนที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป และมีเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ</li> <li>๒. เคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ในตับ</li> <li>๓. มีประวัติกินปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดสุกๆดิบๆ</li> <li>๔. มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี</li> </ol>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มเป้าหมาย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ๒๗ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๑,๖,๗,๘,๙,๑๐ โดยมีเป้าหมายการคัดกรอง ๑๓๕,๐๐๐ ราย แยกเป็นรายไตรมาส ดังนี้				
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
		๑๕,๐๐๐ ราย	๔๕,๐๐๐ ราย	๔๕,๐๐๐ ราย	๓๐,๐๐๐ ราย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงาน CASCAP CLOUD				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เขตสุขภาพ</li> <li>๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>๓. โปรแกรมเก็บข้อมูล CASCAP CLOUD</li> </ol>				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรอง				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรอง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน และระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน: ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส					
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๑๑ (๑๕,๐๐๐ ราย)	ร้อยละ ๔๕ (๑๕,๐๐๐+๔๕,๐๐๐ ราย)	ร้อยละ ๗๘ (๑๕,๐๐๐+๔๕,๐๐๐+๔๕,๐๐๐ ราย)	ร้อยละ ๑๐๐ (๑๕,๐๐๐+๔๕,๐๐๐+๔๕,๐๐๐ ราย)	
วิธีการประเมินผล					

เอกสารสนับสนุน	<p>๑. แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา</p> <p>ตลอดจนในปีพุทธศักราช ๒๕๖๐ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๙๐ พรรษา</p> <p>๒. คู่มือการใช้งาน CASCAP CLOUD</p> <p>๓. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี</p>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นพ.อาคม ชัยวิระวัฒน์      e-mail: arkom๗๐@hotmail.com โทร ๐ ๙๒๒๘๐ ๑๑๓๕</p> <p>๒. ดร.ศุภีพร แสงกระจ่าง      e-mail: suleesa@yahoo.com โทร ๐ ๘๙๖๖ ๐๔๕๑</p> <p>๓. นายโชคชัย สุขเหลือง      e-mail: Chok_nci@hotmail.com โทร ๐ ๙๐๖๗ ๖๘๙๗</p>
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ส่วนกลาง)	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาการสาธารณสุข				
PA	๗. มะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ในตับ				
ตัวชี้วัด (lead)	๓๒. จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด				
คำนิยาม	<p>ผู้ที่ถูกคัดกรองแล้วได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองด้วยU/S พบสิ่งผิดปกติที่สงสัยมะเร็งท่อน้ำดี แล้วได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วย CT/MRI</p> <p>การรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งท่อน้ำดีทั้งที่หวังผลหายขาดหรือบรรเทา</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (๖๐๐ ราย)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ๒๗ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๑,๖,๗,๘,๙,๑๐ จำนวน ๖๐๐ ราย โดยมีเป้าหมายการคัดกรอง ๑๓๕,๐๐๐ ราย แยกเป็นรายไตรมาส ดังนี้				
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน	
	๑๐๐ ราย	๑๕๐ ราย	๑๕๐ ราย	๒๐๐ ราย	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากหน่วยบริการที่มีการผ่าตัด				
แหล่งข้อมูล	๑. เขตสุขภาพ ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓. โรงพยาบาลศูนย์ ๔. โรงพยาบาลทั่วไป				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ที่ถูกคัดกรองแล้วได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ที่ถูกคัดกรองแล้วได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน และระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	จำนวน	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๑๗ (๑๐๐ราย)	ร้อยละ ๔๒ (๑๐๐+๑๕๐ ราย)	ร้อยละ ๖๗ (๑๐๐+๑๕๐+๑๕๐ราย)	ร้อยละ ๑๐๐ (๑๐๐+๑๕๐+๑๕๐+๒๐๐ ราย)	
วิธีการประเมินผล					



Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ				
PA	๘. การพัฒนากฎหมาย				
ตัวชี้วัด (lead)	๓๓. ระดับความสำเร็จในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน				
คำนิยาม	การปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย หมายความว่า การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน ตามพระราชกฤษฎีกาการทบทวนความเหมาะสมของกฎหมาย พ.ศ. ๒๕๕๘ และมติคณะรัฐมนตรี				
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐				
	เกณฑ์การให้คะแนนเป็นไปตามขั้นตอนการดำเนินการตามระดับของความสำเร็จ ๕ ขั้นตอน แบ่งเป็น ๕ ระดับ ดังนี้				
	ระดับคะแนน	ขั้นตอน			
	๑.	มีการทบทวนกฎหมายที่มีการใช้ในปัจจุบัน (ระดับ พ.ร.บ. ๔๔ ฉบับ) ว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไขใดโดยส่วนราชการที่ดูแลกฎหมายนั้น			
	๒.	มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อติดตามการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่จะดำเนินการในปี ๒๕๕๙			
	๓.	คณะทำงานมีการประชุมติดตามการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละครั้ง			
	๔.	กฎหมายที่จะปรับปรุงแก้ไขสามารถดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๕๙			
๕.	ร้อยละ ๑๐๐ ของกฎหมายที่จะปรับปรุงแก้ไขสามารถดำเนินการได้ตามแผน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขทุกฉบับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	๑. กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. กรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก ๓ เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ระดับความสำเร็จในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน	ร้อยละ	-	-	-

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>-มีการทบทวนกฎหมายที่มีการใช้ในปัจจุบัน(ระดับ พ.ร.บ. ๔๔ ฉบับ) ว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไขใดโดยส่วนราชการที่ดูแลกฎหมายนั้น</p> <p>- มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อติดตามการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่จะดำเนินการในปี ๒๕๕๙</p> <p>- จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขกฎหมายปี ๒๕๕๙</p>	<p>- คณะทำงานมีการประชุมติดตามงานการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>กฎหมายที่จะปรับปรุงแก้ไขสามารถดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๕๙</p>	<p>ร้อยละ ๑๐๐ ของกฎหมายที่ปรับปรุงแก้ไขสามารถดำเนินการได้ตามแผน</p>
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	สำรวจข้อมูล		
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>๑. นางสาว ทองผดุงโรจน์ ตำแหน่งผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๘๔๔๕๐๖๗ โทรสาร : ๐๒๕๙๐๑๔๓๔ E-Mail :legal@health.moph.go.th</p> <p>๒. นายกิตติ พวงนก ตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : ๐๒๕๙๐๑๔๓๒</p> <p>๓. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรานค์ นิติกรชำนาญการ โทรศัพท์ : ๐๒๕๙๐๑๔๓๕</p> <p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		
<b>ผู้บันทึกข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)</b>	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<p>๑. นายกิตติ พวงนก ตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : ๐๒๕๙๐๑๔๓๒</p> <p>๒. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรานค์ นิติกรชำนาญการ โทรศัพท์ : ๐๒๕๙๐๑๔๓๕</p> <p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ				
PA	๘. การพัฒนากฎหมาย				
ตัวชี้วัด (lead)	๓๔. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน				
คำนิยาม	การพัฒนากฎหมาย หมายความว่า การพัฒนากฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนตามพระราชกฤษฎีกาการทบทวนความเหมาะสมของกฎหมาย พ.ศ. ๒๕๕๘ และมติคณะรัฐมนตรี				
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐) เกณฑ์การให้คะแนนเป็นไปตามขั้นตอนการดำเนินการตามระดับของความสำเร็จ ๕ ขั้นตอน แบ่งเป็น ๕ ระดับ ดังนี้				
	ระดับคะแนน	ขั้นตอน			
	๑.	มีการทบทวนกฎหมายที่มีการใช้ในปัจจุบัน (ระดับ พ.ร.บ. ๓๒ ฉบับ)			
	๒.	มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อติดตามงานการพัฒนากฎหมายที่จะดำเนินการในปี ๒๕๕๙			
	๓.	คณะทำงานมีการประชุมติดตามงานการพัฒนากฎหมายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละครั้ง			
	๔.	กฎหมายที่จะพัฒนาสามารถดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๕๙			
	๕.	ร้อยละ ๑๐๐ ระบุเป้าหมายของกฎหมายที่จะพัฒนาสามารถดำเนินการได้ตามแผน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขทุกฉบับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	๑. กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. กรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก ๓ เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน	ร้อยละ	-	-	-



เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>-มีการทบทวนกฎหมายที่มีการใช้ในปัจจุบัน(ระดับ พ.ร.บ. ๓๒ ฉบับ) ว่า จะมีการพัฒนากฎหมาย</p> <p>- มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อติดตามงานการพัฒนากฎหมายที่จะดำเนินการในปี ๒๕๕๙</p> <p>- จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนากฎหมายปี ๒๕๕๙</p>	<p>- คณะทำงานมีการประชุมติดตามงานการพัฒนากฎหมายอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>กฎหมายที่จะพัฒนาสามารถดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๕๙</p>	<p>ร้อยละ ๑๐๐ ของกฎหมายที่จะพัฒนาสามารถดำเนินการได้ตามแผน</p>
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	สำรวจข้อมูล		
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>๑. นางสุดา ทองผดุงโรจน์ ตำแหน่งผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๘๔๔๕๐๖๗ โทรสาร : ๐๒๕๙๐๑๔๓๔ E-Mail :legal@health.moph.go.th</p> <p>๒. นายกิตติ พวงนก ตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : ๐๒๕๙๐๑๔๓๒</p> <p>๓. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรานค์ นิติกรชำนาญการ โทรศัพท์ : ๐๒๕๙๐๑๔๓๕ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		
<b>ผู้บันทึกข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<p>๑. นายกิตติ พวงนก ตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : ๐๒๕๙๐๑๔๓๒</p> <p>๒. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรานค์ นิติกรชำนาญการ โทรศัพท์ : ๐๒๕๙๐๑๔๓๕ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ				
PA	๙. การพัฒนาการผลิตยา/วัคซีน				
ตัวชี้วัด(lead)	๓๕. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการสนับสนุนการผลิตยาและวัคซีน				
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการสนับสนุนการผลิตยาและวัคซีน แบ่งออกเป็น ๕ ขั้นตอน มีกิจกรรมสำคัญ ๒ ประการ คือ การปรับปรุงกฎระเบียบที่จำเป็น และ การมีคำขอฯ เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนฯ ที่พัฒนาขึ้น</p> <p>ระดับ ๑ คัดเลือกกฎระเบียบที่มีความจำเป็น เร่งด่วนและมีความสำคัญต่อการพัฒนาการผลิตยาและวัคซีน จำนวน ๓ ฉบับ</p> <p>ระดับ ๒ ได้แนวทางการพัฒนาการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรและชีววัตถุที่อยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนาในประเทศ</p> <p>ระดับ ๓ ดำเนินการยกร่าง กฎระเบียบแล้วเสร็จ และปรับปรุงแนวทางการจัดแยกประเภทยาหลักเกณฑ์และแนวทางการให้คำปรึกษา</p> <p>ระดับ ๔ กฎระเบียบผ่านการ รับฟังความคิดเห็น และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม และมีคำขอฯ เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรและชีววัตถุที่อยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนาในประเทศ จำนวน ๕ คำขอฯ</p> <p>ระดับ ๕ (ร่าง) กฎระเบียบสามารถจัดทำแล้วเสร็จ และมีคำขอฯ เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรและชีววัตถุที่อยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนาในประเทศ จำนวน ๑๐ คำขอฯ (สะสม)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ ๕				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากสำนักยา				
แหล่งข้อมูล	สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
รายการข้อมูล ๑	ผลการประเมินระดับความสำเร็จคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา ๑๐ ฉบับ และร่างกฎระเบียบ ๓ ฉบับ				
รายการข้อมูล ๒	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการสนับสนุนการผลิตยาและวัคซีน	ระดับ	-	-	-

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑. คัดเลือกกฎระเบียบที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและมีความสำคัญต่อการพัฒนาการผลิตยาและวัคซีน จำนวน ๓ ฉบับ</p> <p>๒. ได้แนวทางการพัฒนาหลักการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรและ ชีววัตถุที่อยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนาในประเทศ</p>	<p>๑. ดำเนินการยกร่างกฎระเบียบแล้วเสร็จ</p> <p>๒. ปรับปรุงแนวทางการจัดแยกประเภทยาหลักเกณฑ์และแนวทางการให้คำปรึกษา</p>	<p>๑. รับฟังความคิดเห็น และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม</p> <p>๒. มีคำขอฯ เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรและชีววัตถุที่อยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนาในประเทศ จำนวน ๕ คำขอฯ</p>	<p>๑. (ร่าง) กฎระเบียบสามารถจัดทำแล้วเสร็จ</p> <p>๒. มีคำขอฯ เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรและ ชีววัตถุที่อยู่ระหว่างการวิจัย และพัฒนาในประเทศ จำนวน ๑๐ คำขอฯ (สะสม)</p>

วิธีการประเมินผล :	๕ ระดับ
เอกสารสนับสนุน :	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวรารุช เสริมสินสิริ สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายวรารุช เสริมสินสิริ สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

Cluster	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ			
PA	๑๐. การเร่งรัดออกใบอนุญาตของ อย.			
ตัวชี้วัด (lag)	๓๖. ร้อยละคำขออนุญาตผลิตภัณฑ์ยาได้รับการพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด			
คำนิยาม	การพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จ หมายถึง การดำเนินการพิจารณาคำขอที่ผู้ประกอบการยื่นขอรับบริการในการอนุมัติ อนุญาต และไม่อนุมัติ อนุญาตเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยา ภายในเวลาที่กำหนด หมายถึง การพิจารณาเสร็จระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อบริการประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๖ ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อบริการประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๖ หรือฉบับล่าสุด			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการด้านยาที่มีความประสงค์ขอใบอนุญาต			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนตำรับยา (E-submission)			
แหล่งข้อมูล	สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนคำขอที่ได้รับการพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนคำขอที่พิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	ร้อยละคำขออนุญาตผลิตภัณฑ์ยาได้รับการพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๒๕๕๖	๒๕๕๗
			๘๔.๔๖	๘๓.๐๙
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
วิธีการประเมินผล :				
เอกสารสนับสนุน :				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวรารุช เสริมสินสิริ โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๗๓๔๑ สำนักยาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายวรารุช เสริมสินสิริ โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๗๓๔๑ สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			